

## OFERTA

w przetargu nieograniczonym na:  
świadczenie usług farmaceutycznych w postaci realizacji  
recept lekarskich klientom Miejskiego Ośrodka Pomocy  
Rodzinie we Włocławku, w aptekach ogólnodostępnych  
położonych na terenie miasta Włocławek, w obszarze  
działania Osiedlowych Sekcji Pomocy Społecznej

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

Do \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nawiązując do ogłoszenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

My, niżej podpisani:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*[nazwa (firma) dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców]*

*[w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum]*

1. SKŁADAMY OFERTE na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się za Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ) i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania, w tym uważamy się za związanych ofertą na czas wskazany w SIWZ, tj. 30 dni od dnia otwarcia ofert.
3. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia na niżej wyliczone ceny ofertowe brutto:

**Przedmiot zamówienia – realizacja recept klientom MOPR z rejonu działania OSPS „Południe”**

Cena oferowana na leki nierefundowane	Wartość określona przez Zamawiającego	Proponowany upust w %	Kwota upustu w PLN	Cena oferty brutto
	1	2	3	1-3
Wartość Zamawiającego na leki refundowane				
<b>ŁĄCZNIE</b>				

Cena oferty słownie: \_\_\_\_\_

4. Oświadczamy, że proponowany przez nas upust wyrażony procentowo będziemy stosowali do każdej recepty na leki nierefundowane, w wysokości niezmiennej przez cały okres obowiązywania umowy.

5. Cena oferty brutto stanowi wartość szacunkową przyszłej umowy.

6. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

w aptece pn. \_\_\_\_\_ usytuowanej we Włocławku, przy ul. \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_.

7. Oświadczamy, że apteka, w której realizowane będą recepty czynna jest następująco\*:

- |                  |              |          |          |
|------------------|--------------|----------|----------|
| a) w dni robocze | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| b) w soboty      | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| c) w niedziele   | w godzinach: | od _____ | do _____ |
| d) w święta      | w godzinach: | od _____ | do _____ |

\*wykonawca wpisuje godziny otwarcia apteki w przypadku, gdy jest ona czynna w wyżej określonych dniach. W przypadku innym wpisuje „nie dotyczy” – z zastrzeżeniem obowiązku otwarcia w dni robocze zgodnie z zapisami SIWZ

8. ZOBOWIĄZUJEMY się do realizacji recept na leki refundowane i nierefundowane klientom MOPR w terminie do 31 grudnia 2015 roku.

9. W okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonaliśmy/wykonujemy ..... dostaw lub usług w zakresie opisanym w rozdziale XIX pkt 3 SIWZ. Na potwierdzenie, czy ww usługi lub dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie załączamy dowód w postaci .....

10. AKCEPTUJEMY warunki i zasady płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

11. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami\*/przy udziale podwykonawców w następującym zakresie: \_\_\_\_\_

(zakres powierzonych zadań)

(zakres powierzonych zadań)

12. OŚWIADCZAMY, że sposób reprezentacji Wykonawcy\*/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)

\*niepotrzebne skreślić

13. OŚWIADCZAMY, że informacje i dokumenty zawarte na stronach nr od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być udostępnione.
14. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z Istotnymi dla Stron postanowieniami umownymi, stanowiącymi załącznik nr 1 do SIWZ i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z ofertą, na warunkach określonych w SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
15. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

Imię i nazwisko (nazwa) \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ faks: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

powyższe dane wskazują osobę odpowiedzialną za przedmiotowe postępowanie z naszej strony.

16. OFERTĘ składamy na \_\_\_\_\_ stronach.
17. ZAŁĄCZNIKAMI do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część, są niżej wymienione oświadczenia i dokumenty:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_

DYREKTOR  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
we Włocławku

*Mariola Jarzembowska*

podpis Wykonawcy/Pelnomocnika