
pieczęć wykonawcy

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
we Włocławku
ul. Kościuszki 26, 87-800 Włocławek
tel. (054) 411-63-99

AK.ZP.34310-18/2008

OFERTA

w sprawie przetargu nieograniczonego na realizację recept refundowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie.

Nazwa wykonawcy: _____

Siedziba wykonawcy: _____

Tel./faks: _____ e-mail: _____

NIP: _____ REGON: _____

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, w następujących częściach przedmiotowego zamówienia (wypełnić właściwą część/części, na które jest składna oferta):

CZĘŚĆ I - Rejon „Śródmieście”

Cena brutto koszyka leków wyliczona zgodnie z formularzem cenowym wynosi:

Cena brutto: _____ zł

słownie: _____

CZĘŚĆ II - Rejon „Zazamcze”

Cena brutto koszyka leków wyliczona zgodnie z formularzem cenowym wynosi:

Cena brutto: _____ zł

słownie: _____

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania wykonawcy, do występowania w obrocie
prawnym i składania oświadczeń woli w jego imieniu

CZEŚĆ III - Rejon „Wschód”

Cena brutto koszyka leków wyliczona zgodnie z formularzem cenowym wynosi:

Cena brutto: _____ zł

słownie: _____

CZEŚĆ IV - Rejon „Południe”

Cena brutto koszyka leków wyliczona zgodnie z formularzem cenowym wynosi:

Cena brutto: _____ zł

słownie: _____

2. Gwarantujemy wykonywanie przedmiotu zamówienia w terminie: **od dnia 1 stycznia 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r.**
3. Naliczyliśmy podatek VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze SIWZ i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do właściwego wykonania zamówienia.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą na czas wskazany w SIWZ, tj. 30 dni od dnia otwarcia ofert.
6. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie, w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego.
7. Oświadczamy, że spełniamy warunki zawarte w art. 22 ust. 1 ustawy - Prawo zamówień publicznych.
8. Osobą do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialną za wykonanie zobowiązań umowy jest:
 -
 - tel. kontaktowy, faks:
 - zakres odpowiedzialności:

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania wykonawcy, do występowania w obrocie
prawnym i składania oświadczeń woli w jego imieniu

9. Ustanowionym pełnomocnikiem (liderem) do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, w przypadku składania **oferty wspólnej** przez dwa lub więcej podmioty gospodarcze (konsorcja/spółki cywilne) jest:

imię i nazwisko:

telefon:

faks:

uwagi:

.....

10. Oferta została złożona na stronach, podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr do nr (wraz z załącznikami).

11. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączamy:

1. Formularz cenowy/formularze cenowe* koszyka leków.
2. Oświadczenie w trybie art. 22 ust. 1 ustawy - Prawo zamówień publicznych.
3. Zaakceptowany projekt umowy.
4. Odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
5. Zezwolenie/zezwolenia* na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.
6. Upoważnienie do podpisania oferty (jeżeli nie wynika ono z odrębnych dokumentów).
7.
8.

Zastrzeżenie wykonawcy:

Zgodnie z art. 96 ust. 4 ustawy - Prawo zamówień publicznych, wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę, nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

.....

.....

.....

.....

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania wykonawcy, do występowania w obrocie
prawnym i składania oświadczeń woli w jego imieniu

Inne informacje wykonawcy:

.....

.....

.....

.....

..... dnia,

podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania wykonawcy, do występowania w obrocie
prawnym i składania oświadczeń woli w jego imieniu