

FORMULARZ OFERTOWY**UWAGA:** (Wypełnia w całości i podpisuje WYKONAWCA)

NAZWA – WYKONAWCY: .....

ADRES/SIEDZIBA WYKONAWCY:

tel ..... fax .....

REGON....., NIP .....

adres strony internetowej:....., adres e-mail .....

Osoba/y uprawniona/e do podpisywania umów:

1.....

2 .....

Osoby odpowiedzialne za przyjmowanie i realizację zamówień (w przypadku wyboru oferty najkorzystniejszej):

1.....

2.....

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na zakup i dostawę leków z opublikowanym w Biuletynie Zamówień Publicznych (numer ogłoszenia: ..... z dnia ..... oraz siedzibie Szpitala Powiatowego w Chmielniku: na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej - <http://www.szpital.chmielnik.biuletyn.net>

Składamy ofertę do przetargu nieograniczonego o wartości zamówienia (poniżej 206 000 euro):

**„ZAKUP I DOSTAWA LEKÓW”**

Dla Szpitala Powiatowego w Chmielniku.

Jednocześnie oświadczamy, że:

- zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty,
- akceptujemy wszystkie warunki określone w SIWZ,
- SIWZ przyjęliśmy bez zastrzeżeń oraz nie zgłaszamy żadnych uwag, co do procedury udzielenia zamówienia,
- akceptujemy wszystkie zmiany oraz modyfikacje SIWZ (w przypadku zmian zapisów SIWZ i modyfikacji),
- uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert określonego zapisami w SIWZ,
- nie jest wiążące wycofanie przez nas oferty, które nastąpiło po terminie składania ofert,

- zawarty w SIWZ wzór umowy dostawy (Załącznik nr 5) został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na niżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez *ZAMAWIAJĄCEGO*.

Warunki oferowane przez naszą firmę - istotne dla realizacji w/w zamówienia są następujące:  
CENA ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA PRZEZ OKRES 12 MIESIĘCY:

1. PAKIET I - **LEKI NR 1** - Załącznik Nr 2

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto ..... PLN

Słownie.....

2. PAKIET II – **NARKOTYKI** - Załącznik Nr 2.1

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

3. PAKIET III – **LEKI PSYCHOTROPOWE** - Załącznik Nr 2.2

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

4. PAKIET IV – **ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE** – Załącznik 2.3

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

5. PAKIET V – LEKI NR 2 – Załącznik 2.4

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

6. PAKIET VI – LEKI NR 3 – Załącznik 2.5

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

7. PAKIET VII – ANTYBIOTYKI – Załącznik 2.6

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

8. PAKIET VIII – LEKI NR 4 – Załącznik 2.7

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

9. PAKIET IX– LEKI NR 5 – Załącznik 2.8

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

10. PAKIET X– LEKI NR 6 – Załącznik 2.9

Wartość netto..... PLN

Słownie .....

Wartość brutto..... PLN

Słownie.....

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych i sposób wyliczenia wartości ogółem zawierają poszczególne „FORMULARZE ASORTYMENTOWO - CENOWE - PAKIET NR .....” - Załączniki Nr : 2, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9 do niniejszej oferty).

Oświadczamy, że podane ceny uwzględniają wszystkie czynniki cenotwórcze /cło, podatek VAT, transport w tym koszt załadunku i rozładunku asortymentu do Magazynu loco Apteka Szpitalna – SZPITALA POWIATOWEGO W CHMIELNIKU oraz udzielony przez firmę rabat/.

## II. TERMIN I REALIZACJA ZAMÓWIENIA:

Gwarantujemy, że:

1. Przedmiot zamówienia dostarczać będziemy sukcesywnie według potrzeb w formie dostaw cząstkowych przez okres 12 miesięcy począwszy od pierwszego dnia obowiązywania umowy, na podstawie zapotrzebowań przesyłanych faxem lub drogą telefoniczną w terminie najpóźniej na 3 dni robocze od daty złożenia zamówienia przez *ZAMAWIAJĄCEGO*.
2. Dostawy przedmiotu zamówienia odbywać się będą naszym transportem na nasz koszt i ryzyko do Magazynu loco Apteka Szpitalna – Szpitala Powiatowego w Chmielniku w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 14.00.

## III. Oferowane warunki rozliczania się *ZAMAWIAJĄCEGO* z *WYKONAWCAMI* za zrealizowane dostawy:

- a) Termin płatności: płatność za realizację cząstkową przedmiotu zamówienia będzie dokonywana przelewem w terminie do 30 dni po dostawie towaru do magazynu loco Apteka Szpitalna i złożeniu faktury VAT u *ZAMAWIAJĄCEGO*.
- b) Wysokość odsetek z tytułu nieterminowej zapłaty - w wysokości odsetek ustawowych.

## IV. Oświadczam/y jednocześnie, iż firma nasza:

- spełnia wszystkie wymagania wynikające z art. 22 ust. 1 pkt. od 1) do 4) oraz nie podlega wykluczeniu z mocy art. 24 ust. 1. pkt. od 1) do 10) i ust. 2. pkt. od 1) do 4) ustawy prawo zamówień publicznych,
- spełnia wszystkie warunki określone Ustawą - Prawo zamówień publicznych, jak również warunki określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia określone przez *ZAMAWIAJĄCEGO* w niniejszym postępowaniu,

## V. Ofertę niniejszą składamy na ..... kolejno zapisanych, ponumerowanych i parafowanych stronach.

## VI. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 k.k.).

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(Podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela  
WYKONAWCY