

Załącznik Nr 1

FORMULARZ OFERTOWYUWAGA: (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 porozumiewania się z

Zamawiającym:

1.....

2.....

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

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:

I. CENA ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:

PAKIET I - LEKI NR 1 - Załącznik Nr 2

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET II – NARKOTYKI - Załącznik Nr 2.1

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET III – LEKI PSYCHOTROPOWE - Załącznik Nr 2.2

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET IV – ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE - Załącznik Nr 2.3

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET V - LEKI NR 2- Załącznik Nr 2.4

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET VI - LEKI NR 3 - Załącznik Nr 2.5

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET VII – ANTYBIOTYKI - Załącznik Nr 2.6

Wartość netto PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET VIII - LEKI NR 4 - Załącznik Nr 2.7

Wartość netto..... PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET IX - LEKI NR 5 - Załącznik Nr 2.8

Wartość netto..... PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

PAKIET X - LEKI NR 6 - Załącznik Nr 2.9

Wartość netto..... PLN

Słownie.....

Wartość brutto PLN

Słownie.....

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych i sposób wyliczenia wartości ogółem zawierają poszczególne „FORMULARZE 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 leków i antybiotyków 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 częściowych przez okres 12 miesięcy począwszy od pierwszego dnia obowiązywania umowy, na podstawie zapotrzebowań przesyłanych faxem lub drogą telefoniczną w terminie najpóźniej na 2 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 częściową 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.).

(miejsowość, data)

(Podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela
WYKONAWCY