

FORMULARZ OFERTY

na wykonanie zamówienia o wartości do **130 000 zł netto**

I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Ul. Józefa Marka 9
34-600 Limanowa**

II. Nazwa przedmiotu zamówienia:

„Dostawę produktów leczniczych do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej”.

III. Tryb postępowania: zapytanie ofertowe.

IV. Nazwa i adres Wykonawcy

.....
.....
.....
.....



(pieczęć Wykonawcy)

Tel. kontaktowy

.....
**Imię i nazwisko osoby wyznaczonej
do kontaktu z Zamawiającym:**
.....
.....

Oferujemy wykonanie usługi objętej zamówieniem, stosując niżej wymienione stawki na *„Dostawę produktów leczniczych do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej”.*

Cena za wykonanie całości przedmiotu zamówienia wynosi kwotę brutto zł (słownie:), netto..... zł (słownie.....) w tym podatku VAT %

Obliczona zgodnie z Formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do formularza oferty.

1. Deklaruje ponadto:

- a) termin wykonania zamówienia: od dnia do dnia,
- b) warunki płatności przelew.

2. Oświadczam, że:

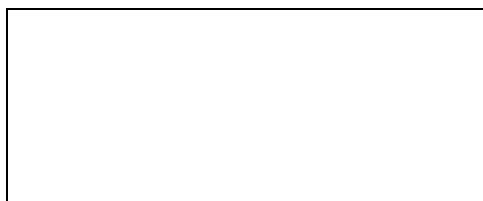
- zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
- oferowane ceny zawierają wszelkie koszty związane z realizacją zamówienia oraz, że zostały ustalone z uwzględnieniem wszystkich warunków określonych w zapytaniu ofertowym, jak również z uwzględnieniem innych kosztów nie uwzględnionych w opisie przedmiotu zamówienia, a które są konieczne do wykonania przedmiotu zamówienia,
- uważam się związany niniejszą ofertą na czas wskazany w opisie przedmiotu zamówienia,
- zobowiązuję się realizować zamówienie w terminie wskazanym w opisie przedmiotu zamówienia,
- posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- posiadam wiedzę i doświadczenie w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia,
- dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
- nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 25a ustawy Pzp.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej art. 233 § 1 kk.

- związany jestem ofertą do 30 dni,
 - w razie wybrania naszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w zapytaniu ofertowym w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
3. Ofertę niniejszą składałam na kolejno ponumerowanych stronach.
4. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:
- a) Formularz cenowy
 - b)

..... dn.

*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*



(pieczęć Wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zamówienia winien być dopuszczony do obrotu i sprzedaży, posiadać atesty, spełniać wszystkie normy i warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wymagania minimalne:

LP.	PARAMETRY	WARTOŚĆ	Nazwa produktu	Cena netto za 1 szt.	VAT %	Cena brutto za 1 szt.	Ilość	Koszt za całość
1.	Typ środka	płyn przeciw odleżynom					300 sztuk po 250 ml , ... zł netto
	Liczba	300 sztuk po 250 ml						
	Opis	– preparat w postaci transparentnego płynu; – działający antyseptycznie i przeciwbakteryjnie zawierający m.in. dekspantenol, wyciąg z kasztanowca oraz alantoinę; – nie zawierający środków konserwujących. – okres ważności produktu min. 12 miesięcy						
2.	Typ środka	maść przeciwbólowa					200 sztuk po 100 g , ... zł netto
	Liczba	200 sztuk po 100 g						
	Opis	– preparat w postaci żelu; – działająca przeciwbólowo, przeciwzapalnie, kojąco, chłodząco; – opakowanie: tubka o pojemności 100 g. – okres ważności produktu min. 12 miesięcy						