

.....
(pieczęć firmy)

.....
(miejsowość i data)

FORMULARZ OFERTY

Nawiązując do ogłoszenia nr 11/ZP/2013 o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na zakup i dostawę leków z podziałem na 2 pakiety.

Dane Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy.....

Adres

Regon NIP

Tel. faks

Numer konta Wykonawcy

W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum:.....

Imię i nazwisko, nr tel. osoby odpowiedzialnej za kontakt z zamawiającym.....

1. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie i zgodnie z warunkami określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie następujących pakietów:

Numer pakietu	Wartość netto	Podatek VAT kwotowo	Wartość brutto
1.			
2.			

4. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania zamówienia w terminach określonych przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

5. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do:

- wykonania pakietu nr w ciągu 12 miesięcy od daty podpisania umowy.

6. AKCEPTUJEMY warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

7. UWAŻAMY SIĘ za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

8. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY sami*/przy udziale niżej wymienionych podwykonawców wyszczególnionych w załączniku do oferty*.

9. OŚWIADCZAMY, iż niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z wyjątkiem stron nr.....*

10. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

11. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach

ul. dr E. Rittlera 2

16 – 500 Sejny

12. OFERTE niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

*niepotrzebne skreślić.

.....
Imiona i nazwiska osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy

.....
Czytelne podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy