

(pieczęć adresowa firmy)

Miejscowość

Data

FORMULARZ OFERTOWY

Dane Wykonawcy

Ja / My niżej podpisani

.....

.....

działając w imieniu i na rzecz

.....

.....

(pełna nazwa i adres firmy)

e-mail ;

Nr telefonu :

Numer faksu :

Numer REGON :

Numer NIP :

Nawiązując do zaproszenia zawartego w zapytaniu ofertowym nr sprawy DPS.263.6.2020 dotyczącym realizacji zakupu i dostawy leków

na potrzeby :

**Domu Pomocy Społecznej „Etola” w Rudzie Pilczyckiej
Ruda Pilczycka 57, 26-234 Słupia**

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.
2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się dokładnie z warunkami udziału w postępowaniu i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
3. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Wartość ofertowa netto- ogółem : zł

Słownie zł:

VAT kwota - ogółem: zł

Słownie :

Wartość ofertowa brutto- ogółem : zł

Słownie :

Wartość oferowana netto po refundacji – ogółem:

Słownie zł:

Wartość oferowana brutto po refundacji – ogółem:

Słownie zł:

Oferowana kwota została szczegółowo wyliczona w formularzu cenowym (załącznik nr 2).

4. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do realizacji zamówienia zgodnie z zapisami i w terminie podanym w zapytaniu ofertowym.

5. GWARANTUJEMY okres stałości cen na czas obowiązywania umowy tj. od 12.02.2020 do 11.02.2021 r.
6. GWARANTUJEMY dostawy produktów z terminem ważności nie krótszym niż **6 miesięcy**, licząc od daty dostawy przedmiotu zamówienia do siedziby Zamawiającego, a oferowany termin płatności 14 dni.
7. OŚWIADCZAMY, że przedmiot zamówienia będzie dostarczany do siedziby zamawiającego na bieżąco, od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:00 zgodnie ze zgłaszanym zapotrzebowaniem przez zamawiającego, własnym transportem na własny koszt oraz ryzyko, w terminie do 24 godzin, licząc od momentu złożenia zamówienia.. W przypadku wystąpienia nieprzewidzianego zapotrzebowania na leki w dni wolne od pracy, tj. soboty, niedziele, święta oraz długie weekendy lub w sytuacji wymagającej nagłego podania leku osobie, której życie jest zagrożone, zamawiający złoży zamówienie telefonicznie, a wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia (odbior recepty wraz z dostarczeniem leku) w terminie nie przekraczającym 4 godzin, licząc od chwili złożenia zamówienia.
8. UWAŻAMY SIĘ za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert.
9. OŚWIADCZAMY, że w przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z załącznikiem nr 4 do zapytania ofertowego, w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
10. OSOBA UPOWAŻNIONĄ do kontaktu z zamawiającym w przypadku udzielenia nam zamówienia jest : , tel.
11. OŚWIADCZAM/Y, że wypełniłem/liśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹⁾ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
12. ZAŁĄCZNIKAMI do niniejszej oferty są :
 1.
 2.

Oświadczam, że złożona oferta cenowa nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1843z póź. zm.).

..... dnia

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy

¹⁾ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).