Nazwa i siedziba wykonawcy ....................................................................

(lub pieczęć adresowa wykonawcy) ………………………………………………..

 ………………………………………………..

REGON ..................................................................

NIP ...................................................................

Telefon ……………………………………………….

Faks ………………………………………………....

E-mail ……………………………………………….

**Dom Pomocy Społecznej w Pleszewie**

**Plac Wolności im. Jana Pawła II 5**

**63-300 Pleszew**

FORMULARZ OFERTY

**dla zamówienia publicznego o wartości poniżej 130.000 zł netto**

Odpowiadając na zapytanie cenowe Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie na zadanie pn. „Dostawy leków i produktów leczniczych dla Domu Pomocy Społecznej w Pleszewie”, składamy niniejszą ofertę na podstawie zapisów prowadzonego postępowania.

* + - 1. **OŚWIADCZAMY**, że spełniamy wymagania Zamawiającego związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
			2. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w zapytaniu cenowym, za wynagrodzenie – cenaza wykonanie przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wartość brutto - załącznik nr 2A – leki refundowane | **67 862,50****zł brutto** |
| 2 | Wartość brutto - załącznik nr 2B – leki 100% płatne | …………………………... zł brutto |
| **3** | **Łączna wartość brutto oferty (suma z wierszy 1-2)** | **…………………………... zł brutto** |

Łączna wartość brutto oferty słownie: ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **OŚWIADCZAMY,** że zrealizujemy dostawy w następującym terminie:
* Termin realizacji dostaw do godziny 1100 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę.(5 pkt)\*
* Termin realizacji dostaw do godziny 1200 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę. (4 pkt)\*
* Termin realizacji dostaw do godziny 1300 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę.(3 pkt)\*
* Termin realizacji dostaw do godziny 1400 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę.(2 pkt)\*
* Termin realizacji dostaw do godziny 1500 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę.(1 pkt)\*
* Termin realizacji dostaw po godzinie 1500 najpóźniej do godziny 1700 następnego dnia od momentuodebrania recept przez Wykonawcę.(0 pkt)\*

\* niepotrzebne skreślić

**UWAGA:**

**Jeśli Wykonawca nie wskaże terminu realizacji dostaw poprzez wykreślenie 5 z 6 podanych wyżej terminów, Zamawiający przyjmie, że Wykonawca oferuje najdłuższy wymagany termin realizacji dostaw tj. po godzinie 1500 najpóźniej do godziny 1700 następnego dnia od momentu odebrania recept przez Wykonawcę.**

* + - 1. **PRZYJMUJEMY** warunki płatnościokreślone we wzorze umowy tj. do 21 dnia następnego miesiąca od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.
			2. **OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z zapisami zapytania cenowego oraz całością dokumentacji i uznajemy się za związanych określonymi w nich zasadami postępowania – w terminach i pod warunkami w nich określonymi.
			3. **OŚWIADCZAMY**, iż uzyskaliśmy wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty i wykonania umowy.
			4. **DEKLARUJEMY**, że wszystkie dokumenty, oświadczenia i informacje zamieszczone w niniejszej ofercie są kompletne, prawdziwe i rzetelne.
			5. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami wzoru umowy. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			6. **OŚWIADCZAMY,** że zrealizujemy przedmiot zamówienia zgodnie z postanowieniami zapytania cenowego.
			7. **OFERTĘ** niniejszą składamy na ……...... kolejno ponumerowanych stronach.
			8. **OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy 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.\*
			9. **OŚWIADCZAMY**, że:
* posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,
* posiadamy niezbędną wiedzą i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
* znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
* zapoznaliśmy się z niniejszym ogłoszeniem i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
	+ - 1. Adres Wykonawcy, na który należy kierować korespondencję w trakcie postępowania:

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

osoba do kontaktu .............................................................................................................................

Numer telefonu: .......................................; adres e-mail: ..................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ....................................................................miejscowość i data |  | ...............................................................................podpis 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).

\* w przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego,

 stosownie do art.13 ust. 4 lub art.14 ust.5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).