

Znak: 1/09

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO****Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa.....

Siedziba.....

Nr telefonu/faks.....

nr NIP.....

nr REGON.....

Dane dotyczące Zamawiającego

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi Filia Łódź - Śródmieście
ul. Piotrkowska 147
90-440 Łódź

Zobowiązania Wykonawcy

Zobowiązuję się wykonać przedmiot zamówienia:

zaopatrywanie podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Filia Łódź -Śródmieście w leki i materiały opatrunkowe.

Oświadczam/y, że:

Stosownie do treści art. 44 w zw. z art. 22 ust. 1 pkt. 1-4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655, zm.: Dz. U. z 2008 r. Nr 171, poz. 1058).

- posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,

- posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia lub przedstawię pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia,

- znajduję/my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia,

- nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia na mocy art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Termin płatności: 14 dni, od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego
Zobowiązuję się wykonać zamówienie do dnia: 18 grudnia 2009 r.

Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

Nazwisko, imię

Stanowisko

Telefon.....Fax.....

Zakres*:

- do reprezentowania w postępowaniu

- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam:

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

Zastrzeżenie Wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

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

Inne informacje Wykonawcy:

Oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu tzn:

- posiadam/y aptekę minimum dwustanowiskową i wydzielę jedno stanowisko do obsługi Apteki Komunalnej,
- posiadam/y wystarczającą liczbę personelu fachowego do obsługi stanowiska Apteki Komunalnej,
- posiadam/y aptekę czynną minimum w godzinach: pon. - pt. - 8:00 - 20:00, sob.- 8:00 - 14:00.
- zamieszczę/my na zewnątrz informację - Apteka Komunalna - Śródmieście.
- posiadam/y aptekę na terenie obszaru objętego właściwością miejscową Filii MOPS Łódź - Śródmieście tzn. na ulicy.....
- posiadam/y aptekę dostępną dla osób niepełnosprawnych /zobowiązuję się obsłużyć osobę niepełnosprawną na zewnątrz apteki.

..... dnia

Podpis i pieczęć osoby
uprawnionej do podpisania oferty

* niepotrzebne skreślić