znak: **2/07** Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY
W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO
O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ PONIŻEJ 60 000 EURO

Dane dotyczące wykonawcy

Nazwa.....

Siedziba.....

Nr telefonu/faks.....

nr NIP.....

nr REGON.....

Dane dotyczące zamawiającego

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi Filia Łódź - Śródmieście
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

wartość netto.....zł
(słownie: .....)
podatek VAT.....zł
cena brutto.....zł
(słownie: .....)

Oświadczam, że:

- posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień

- posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

- znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia

- nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na mocy art. 24 ust. 1 i 2 Prawa zamówień publicznych

Termin płatności: 14 dni, od dnia otrzymania faktury przez zamawiającego
Zobowiązuję się wykonać zamówienie do dnia: 21 grudnia 2007 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.

Poświadczam wniesienie wadium w wysokości:

..... , w formie: .....

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, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tzn:

- posiadam aptekę minimum dwu stanowiskową i wydzielę jedno stanowisko do obsługi Apteki Komunalnej.
- posiadam wystarczającą ilość personelu fachowego minimum 5 osób do obsługi stanowiska Apteki Komunalnej.
- posiadam aptekę czynną minimum w godzinach: pon-pt - 8:00 - 20:00, sob 8:00 - 14:00.
- zamieszczę na zewnątrz informację - Apteka Komunalna - Śródmieście.
- posiadam aptekę na terenie ograniczonym ulicami: Kilińskiego - Al. Kościuszki i Zachodnia, Legionów i Pomorska - Żwirki, Wigury tzn. na ulicy.....
- posiadam aptekę dostępną dla osób niepełnosprawnych /zobowiązuję się obsłużyć osobę niepełnosprawną na zewnątrz apteki.

..... dnia .....

_____
Podpis i pieczątka osoby
uprawnionej do podpisania oferty

* niepotrzebne skreślić