

WZÓR FORMULARZA OFERTY

Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**Ul. Białowieska 74a, 54-235 WROCŁAW**

Dane Wykonawcy

Nazwa:

Siedziba:

Strona internetowa:

Tel. fax:

Numer NIP

Numer REGON

Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na:
Dostawa leków, produktów leczniczych i materiałów opatrunkowych do apteki ogólnodostępnej BIAŁOWIESKA

Znak sprawy **ZP/1/2011** ,oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z wymogami specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

NR ZADANIA	NAZWA ZADANIA	WARTOŚĆ NETTO	% VAT	WARTOŚĆ BRUTTO
1	LEKI HOMEOPATYCZNE			
2	LEKI RÓŻNE			
3	LEKI ASTRA ZENECA			
4	ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE			
5	INSULINY			
6	LEKI NARKOTYCZNE			
7	LEKI PSYCHOTROPOWE			
8	LEKI PRZECIW PADACZKOWE			
9	LEKI PRZECIW ZAKRZEPOWE			
10	SUROWCE FARMACEUTYCZNE			
11	SZCZEPIONKI			
12	NURSEA			

13	MATERIAŁY OPATRUNKOWE			
14	SKARPETY MEDYCZNE			
15	ZIOŁA			
				RAZEM

Oświadczenie dotyczące postanowień specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
- Oświadczamy, że załączone do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia wymagania stawiane Wykonawcy oraz postanowienia umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4 . Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączamy:

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

5. Zastrzeżenie wykonawcy:

Wykonawca zastrzega, iż wymienione niżej dokumenty, składające się na ofertę nie mogą być udostępnione innym uczestnikom postępowania:

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

6. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....

7. Uprawnionym do kontaktów z Zamawiającym jest.....

fax..... e-mail: tel.:

8. Osoba/y pełnomocna/e do podpisania umowy :.....

..... dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawców

