

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy\*

.....

Siedziba Wykonawcy (ulica, nr domu, nr lokalu, kod miejscowość)\*

.....

.....

Numer telefonu: ..... Numer faksu: .....

Adres e-mail: .....

NIP: ..... REGON: .....

**Dom Pomocy Społecznej  
ul. Konarskiego 11/13  
61-114 Poznań**

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty na sukcesywną dostawę leków do Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 oraz Oddziału Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu przy ul. Zamenhofska 142a, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

- 1) **Dyspozycyjność realizacji zamówień – wymagana dyspozycyjność od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-20.00 – maksymalnie 10 pkt.**

Oferowana dyspozycyjność	Wybrane zaznaczyć X
od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-20.00	
obsługa całodobowa przez 7 dni w tygodniu	

- 2) **Czas dostawy leków - minimalny czas dostawy nie dłuższy niż 5 godzin od chwili zgłoszenia – maksymalnie 65 pkt.**

Oferowany czas dostawy leków	Wybrane zaznaczyć X
do 3 godz. od chwili zgłoszenia	
do 4 godz. od chwili zgłoszenia	
do 5 godz. od chwili zgłoszenia	

- 3) Termin płatności – minimalny termin płatności nie krótszy niż 50 dni od chwili dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury – maksymalnie 15 pkt.

Oferowany termin płatności	Wybrane zaznaczyć X
50 dni	
51 dni – 60 dni	
powyżej 60 dni	

- 4) Cena – maksymalnie 10 pkt.

L.p.	Nazwa leku (leki z odpłatnością 100%)	Dawka	Postać leku	Ilość sztuk w opakowaniu	Szacunkowa ilość opakowań, która zostanie zakupiona w trakcie realizacji umowy	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto (kol. 6 x kol. 7)
-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	-6-	-7-	-8-
1	0,9% NaCl (sól fizjologiczna)	5 ml	ampułki	100	3		
2	Acard	75 mg	tabletki	60	132		
3	Alax		tabletki	20	10		
4	Altazija		żel	75 g	2		
5	Apo-Zolpin	10 mg	tabletki	20	183		
6	Arcelan		maść	30 g	2		
7	Aspargin	250 mg	tabletki	50	110		
8	Baclofen	10 mg	tabletki	50	116		
9	Baclofen	10 mg	tabletki	50	57		
10	Betaloc	47,5 mg	tabletki	30	55		
11	Biomentin	20 mg	tabletki	56	20		
12	Biomentin	10 mg	tabletki	56	45		
13	Bisocard	5 mg	tabletki	30	78		
14	Calcium		tabletki musujące	20	10		
15	Calcium pliva		tabletki musujące	12 lub 14 szt.	5		

16	Cardiamidum	250 mg	krople	15 ml	10		
17	Cardiol		krople	40 g	13		
18	Cerutin		tabletki	125	2		
19	Clonazepam	2 mg	tabletki	30	72		
20	Concor Cor	2,5 mg	tabletki	28	45		
21	Duspatalin	200 mg	kapsułki	60	24		
22	Estazolam	2 mg	tabletki	20	108		
23	Hydroxyzinum	10 mg	tabletki	30	144		
24	Ibuprom	200	tabletki	50	21		
25	Krople żołądkowe		krople	35 g	20		
26	Lactuloza	7,5g/15 ml	syrop	150	84		
27	Laremid	2	tabletki	20	45		
28	Nervosol		krople	35	5		
29	Nifuroksazyd	200 mg	tabletki	12	35		
30	No-spa	40 mg	tabletki	20	15		
31	Octanisept		płyn na skórę	250 ml	5		
32	Pantenol		pianka	150 ml	2		
33	Paracetamol	500	tabletki	10	40		
34	Polfilin	400 mg	tabletki	60	49		
35	Polocard	75 mg	tabletki	60	43		
36	Polopiryna S	300 mg	tabletki	20	10		
37	Proficar	75 mg	tabletki	60	164		
38	Pyralgina	500 mg	tabletki	12	5		
39	Rivanol	100	tabletki	5	3		
40	Rutinoscorbin		tabletki	90	3		
41	Spirytus salicynowy 2%		płyn	100 g	2		
42	Sylimarol	70	tabletki	30	2		

43	Torsemed	5 mg	tabletki	30	37			
44	Woda utleniona 3%		płyn	100 g	5			
							suma	

**Cena ofertowa brutto słownie:** .....

.....

Ponadto oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się z warunkami zamówienia do których nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
2. uważamy się za związanych ofertą w terminie do 28 lutego 2018 r.;
3. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy i realizacji zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

Do oferty załączamy:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Data .....

.....  
 Podpisy osób uprawnionych do  
 do reprezentowania Wykonawcy