

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 1 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 40 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) **Cena – maksymalnie 59 pkt.**

Wartość brutto z formularza cenowego - złotych 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 2019 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