

.....  
(miejscowość i data).....  
(pieczęć firmowa wykonawcy)

**Miejskie Centrum Usług Socjalnych  
we Wrocławiu, ul. Mączna 3,  
54-131 Wrocław, woj. dolnośląskie**

**FORMULARZ OFERTY**

Dane Wykonawcy

|                          |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| Pełna nazwa:             |  |              |   |
| Adres:                   |  |              |   |
| Dane kontaktowe:         | ulica  | kod pocztowy | miejscowość   |
|                          | telefon  | fax          | e-mail  |
| NIP/REGON/VAT            | numer NIP  | numer REGON  | Podatnik VAT: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                          |  |              | Oświadczenie w sprawie podatku VAT                                      |
| Reprezentacja Wykonawcy: | imię i nazwisko, stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy |              | podstawa upoważnienia do reprezentacji                                  |
|                          |  |              |   |

Dane Wykonawcy

|                          |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| Pełna nazwa:             |  |              |   |
| Adres:                   |  |              |   |
| Dane kontaktowe:         | ulica  | kod pocztowy | miejscowość   |
|                          | telefon  | fax          | e-mail  |
| NIP/REGON/VAT            | numer NIP  | numer REGON  | Podatnik VAT: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                          |  |              | Oświadczenie w sprawie podatku VAT                                      |
| Reprezentacja Wykonawcy: | imię i nazwisko, stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy |              | podstawa upoważnienia do reprezentacji                                  |
|                          |  |              |   |

Dane Wykonawcy

|                          |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| Pełna nazwa:             |  |              |   |
| Adres:                   |  |              |   |
| Dane kontaktowe:         | ulica  | kod pocztowy | miejscowość   |
|                          | telefon  | fax          | e-mail  |
| NIP/REGON/VAT            | numer NIP  | numer REGON  | Podatnik VAT: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                          |  |              | Oświadczenie w sprawie podatku VAT                                      |
| Reprezentacja Wykonawcy: | imię i nazwisko, stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy |              | podstawa upoważnienia do reprezentacji                                  |
|                          |  |              |   |

Dane Wykonawcy

|                          |  |              |   |
|--------------------------|--|--------------|---|
| Pełna nazwa:             |  |              |   |
| Adres:                   |  |              |   |
| Dane kontaktowe:         | ulica  | kod pocztowy | miejscowość   |
|                          | telefon  | fax          | e-mail  |
| NIP/REGON/VAT            | numer NIP  | numer REGON  | Podatnik VAT: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|                          |  |              | Oświadczenie w sprawie podatku VAT                                      |
| Reprezentacja Wykonawcy: | imię i nazwisko, stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy |              | podstawa upoważnienia do reprezentacji                                  |
|                          |  |              |   |

Nawiązując do Zapytania ofertowego Nr MCUS.DZP.372-Z-47/2019 prowadzonego na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy Pzp (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 z późn. zm.), **składamy ofertę na:**

**dostawę leków dostawę leków refundowanych dla mieszkańców, materiałów opatrunkowych, pomocniczych wyrobów medycznych oraz jednorazową dostawę leków, suplementów diety, wyrobów medycznych i innych wyrobów zabezpieczających apteczki oddziałowe w domach pomocy społecznej wchodzących w skład Miejskiego Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu przy ul. Mącznej 3**

Na podstawie warunków zamówienia, zgodnie z Zapytaniem ofertowym, z obowiązującymi przepisami i normami, oferujemy wykonanie przedmiotowego zamówienia za niezmienną cenę określoną w Kalkulacji cenowej, stanowiącej Załącznik nr 2 do Oferty (TABELA I, TABELA II, TABELA III, TABELA IV, TABELA V) w kwocie:

**Wartość kalkulacji cenowej – TABELA I:**

Ogólna odpłatność Zamawiającego w zł (brutto) wynosi .....

Słownie zł: .....

**Wartość kalkulacji cenowej – TABELA II:**

Wartość brutto w zł: .....

Słownie zł: .....

**Wartość kalkulacji cenowej – TABELA III:**

Wartość brutto w zł: .....

Słownie zł: .....

**Wartość kalkulacji cenowej – TABELA IV:**

Wartość brutto w zł: .....

Słownie zł: .....

**Wartość kalkulacji cenowej – TABELA V:**

Wartość brutto w zł: .....

Słownie zł: .....

**WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO WYNOŚI:**

(ogólna odpłatność Zamawiającego brutto TABELI I w zł + wartość brutto TABELI II w zł + wartość brutto TABELI III w zł + wartość brutto TABELI IV w zł + wartość brutto TABELI V w zł) = .....

Łączna cena brutto stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszym Zapytaniem ofertowym.

**Oferowany czas dostawy leków refundowanych (w pełnych godzinach) od momentu odebrania**

**recept od Zamawiającego wynosi ..... godzin/y [od 4 godz. do 24 godz.]**

**UWAGA: kryterium podlegające ocenie – pole wypełnia Wykonawca!**

1. Oferujemy wykonanie umowy w wymaganym terminie:  
od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2019 r.
2. Oświadczamy, że:
  - 1) zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami postępowania zawartymi w Zapytaniu ofertowym i w załącznikach do niego i akceptujemy je bez zastrzeżeń;
  - 2) w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
  - 3) zapoznaliśmy się ze Wzorem umowy (Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego), nie wnosimy żadnych uwag i przyjmujemy go bez zastrzeżeń;

- 4) uzyskaliśmy wszelkie informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia, i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami;
- 5) oferowany przez nas termin dostawy leków, suplementów diety, wyrobów medycznych i innych wyrobów zabezpieczających apteczki oddziałowe to 3 dni kalendarzowe (we wszystkie dni tygodnia i święta) od daty złożenia zamówienia;
- 6) oferowany przez nas termin dostawy leków na cito to 4 godziny od momentu zgłoszenia (we wszystkie dni tygodnia i w święta);
- 7) oferowany przez nas termin dostawy materiałów opatrunkowych to 24 godziny (we wszystkie dni tygodnia i święta) od momentu zgłoszenia zamówienia;
- 8) oferowany przez nas termin dostawy pomocniczych wyrobów medycznych to 3 dni kalendarzowe (we wszystkie dni tygodnia i święta) od daty złożenia zamówienia;
- 9) jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia składania ofert, wskazanego w Zapytaniu ofertowym;
- 10) w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy zawierającej pełny zakres przedmiotu zamówienia, zgodnie z projektem umowy i złożoną ofertą;
- 11) cena podana w Ofercie oraz w kalkulacji cenowej (Załącznik nr 2 – TABELA I, TABELA II, TABELA III, TABELA IV, TABELA V), jest ceną ostateczną, kompletną, zawierającą wszystkie koszty, które ponosi Zamawiający w całym okresie realizacji zamówienia i zostanie wprowadzona do umowy jako obowiązująca strony przez cały okres realizacji zamówienia;
- 12) oświadczamy, że leki będące przedmiotem zamówienia (TABELA I) oraz leki, suplementy diety, wyroby medyczne i inne wyroby zabezpieczające apteczki oddziałowe (TABELA II) będą dostarczane własnym staraniem Wykonawcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami na nasz koszt, do domów pomocy społecznej przy ul. Mącznej 3, ul. Karmelkowej 25, ul. Kaletniczej 8 i ul. Rędzińskiej 66/68;
- 13) oświadczamy, że materiały opatrunkowe oraz pomocnicze wyroby medyczne będące przedmiotem zamówienia (TABELA III, TABELA IV, TABELA V) będą dostarczane własnym staraniem Wykonawcy, zgodnie z obowiązującymi przepisami, na nasz koszt, do Centralnego Magazynu Gospodarczego mieszczącego się w Domu Pomocy Społecznej przy ul. Mącznej 3 we Wrocławiu;
- 14) akceptujemy określony przez Zamawiającego we Wzorze umowy (załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego) termin płatności do 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania faktury VAT przez Zamawiającego;
- 15) oferujemy rozliczenie przedmiotu zamówienia fakturą VAT z zaznaczeniem płatnika tj.: Gmina Wrocław z siedzibą przy pl. Nowy Targ 1-8, 50-141 Wrocław, NIP: 897-13-83-551- Miejskie Centrum Usług Socjalnych we Wrocławiu, ul. Mączna 3 oraz z zaznaczeniem DPS, którego faktura dotyczy;
- 16) **Oświadczam/-y, że złożona oferta (dotyczy VAT-u odwróconego)**
  - nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;
  - prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, jednocześnie wskazując nazwę (rodzaj) towarów, których dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

| Lp. | Nazwa (rodzaj) towaru | Wartość bez kwoty podatku |
|-----|-----------------------|---------------------------|
|     |                       |                           |
|     |                       |                           |

- 19) CEiDG lub KRS dostępne są w postaci elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:.....;
- 20) że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>1</sup>;
- 21) wszystkie oświadczenia i informacje są kompletne i prawdziwe.

<sup>1</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Podwykonawcy** – oświadczam, że:

**zamierzam wykonać zamówienia siłami własnymi, bez udziału podwykonawców**  
lub

**zamierzam powierzyć wykonanie następujących części zamówienia podwykonawcom:**

| Lp. | Część zamówienia powierzona do wykonania przez podwykonawców | Czy znana jest nazwa podwykonawcy tej części zamówienia?     | Nazwa podwykonawcy, adres<br>WYPEŁNIĆ, jeżeli w poprzedniej kolumnie zaznaczono TAK |
|-----|--|--|---|
|     |  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |   |
|     |  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |   |
|     |  | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE |   |

W przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązujemy się do dostarczenia wykazu podwykonawców, którzy będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia (jeżeli dotyczy).

**Oświadczamy, że:**

żadna z informacji zawartych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,

wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania:

| Lp. | Oznaczenie rodzaju, nazwy informacji | Numery stron w ofercie |    |
|-----|--------------------------------------|------------------------|----|
|     |                                      | od                     | do |
|     |                                      |                        |    |
|     |                                      |                        |    |

Uzasadnienia zastrzeżenia dokumentów: .....  
.....  
.....

3. Prosimy należność za wykonanie przedmiotu umowy przekazywać na następujący numer konta bankowego: .....

4. Upoważniamy następujące osoby do kontaktów w celu uzyskania dalszych informacji w postępowaniu, jeżeli będą wymagane: .....tel....., e-mail:.....

5. W zakresie obowiązków wynikających w trakcie realizacji umowy (przyjmowanie reklamacji), upoważniamy Pana: .....

tel./fax. .... adres email: .....

Do niniejszej oferty załączamy wymagane w Zapytaniu ofertowym następujące dokumenty:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Oferta została złożona na ..... kolejno ponumerowanych stronach.

.....  
(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawnionych do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)