**Anexa nr.2**

**FORMULAR nr. 2**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(denumirea operatorului economic)

**FORMULAR DE OFERTĂ PER LOCALITATE**

**Către Unitatea Militară 02534 Iași (**Spitalul Clinic Militar de Urgenţă „dr. Iacob Czihac” Iași)

1. Examinând caietul de sarcini și proiectul de contract, aplicabile prezentei proceduri subsemnații reprezentanți ai ofertantului \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (denumirea operatorului economic) suntem de acord să desfășurăm toate activitățile necesare pentru eliberarea rețetelor pentru beneficiarii legali, menționați în caietul de sarcini, pentru care semnăm contractul cu privire la decontarea contribuției personale din contravaloarea medicamentelor compensate, suportată din bugetul M.Ap.N., în conformitate cu prevederile și cerințele cuprinse în documentația mai sus menționată, pentru un discount conform tabelului de mai jos.
2. Ne angajăm ca, în cazul în care oferta noastră este stabilită câștigătoare, să desfășurăm activitățile, în conformitate cu prevederile caietului de sarcini și ale contractului.
3. Ne angajăm să menținem această ofertă valabilă până la data de 31.12.2024 putând fi acceptată oricând înainte de expirarea perioadei de valabilitate.
4. Până la semnarea contractului de către autoritatea contractantă, această ofertă și contractul semnate în trei exemplare originale, împreună cu comunicarea transmisă de dumneavoastră, prin care oferta noastră este acceptată ca fiind câștigătoare, constituie un acord angajant între noi.
5. Adresele farmaciilor în care se dorește aplicarea contractului se vor completa în tabelul de mai jos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denumirea operatorului economic** | **Nr. crt.** | **Adresa punctului/punctelor de lucru**  **(farmaciei/farmaciilor comunitare)** | | | **Discount acordat în %\*** |
| **Județ** | **Localitate** | **Strada** |  |
|  | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

***Notă****: Tabelul se va completa cu denumirea a operatorului economic si adresa exactă a fiecărui punct de lucru (farmacie comunitară). Se va scrie doar cu litere mari de tipar. Nu se admit ștersături. \* Discount acordat per operator economic*

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Numele și prenumele)

În calitate de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(se va menționa dacă este reprezentant legal sau împuternicit)

Autorizat să semneze oferta pentru și în numele

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(denumirea operatorului economic)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(semnătură)