Załącznik nr 2 do ogłoszenia

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

nazwa: …………………………………………………………………………………………………………..

adres: …………………………………………………………………………………………………………....

NIP: ……………………………………………………………………………………………………………..

Osoba uprawniona do reprezentowania wykonawcy, w tym do podpisania umowy:

………………….…….……………………………………………………………………………………………...1)

**FORMULARZ OFERTOWY**

w zamówieniu poniżej wartości progowej

**Zakup produktów farmaceutycznych**

Numer sprawy: ……………………………..

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

SKARB PAŃSTWA - KOMENDANT STOŁECZNY POLICJI

ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa

1. **Nazwa nadana zamówieniu**:

Zakup produktów farmaceutycznych

1. W odpowiedzi na Państwa ogłoszenie oferujemy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku/preparatu | Postać | Dawka | Ilość | Uwagi | Stawka VAT  (%) | Cena jednostkowa netto | Wartość brutto **(wartość kol. 5 x kol. 8** **powiększone o stawkę podatku VAT kol. 7)2)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Altacet żel | Tubka 75 g | 10 mg/g | 4 szt. | - |  |  |  |
| 2 | Dicloziaja żel | Tuba 100 g | 11,6 mg/g | 4 szt. | - |  |  |  |
| 3 | Panthenol 15% pianka/areozol | But. 150 ml | 150 mg/ml | 3 but. | - |  |  |  |
| 4 | Ice Mix Spray | But. 400 ml | - | 9 but. | - |  |  |  |
| 5 | Inj. Magnesii Sulf. 20% | Amp. 10 ml | 200 mg/ml | 1 op. | 1 op. X 10 amp. |  |  |  |
| 6 | Optilyte | Roztw. do infuzji but. 500 ml | - | 10 but. | 10 but. po 500 ml |  |  |  |
| 7 | Adrenalina WZF 0,1% | Amp. 1 ml | 1 mg/ml | 3 op. | 1 op. X 10 amp. |  |  |  |
| 8 | Prześcieradło jednorazowe  na nosze | - | - | 60 szt. | - |  |  |  |
| 9 | Papier do defibrylatora model:  ZOLL X-SERIES ADVANCED | - | - | 6 szt. | - |  |  |  |
| 10 | Maska do tlenoterapii dorosłego z nebulizatorem | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
| 11 | Maska do tlenoterapii dorosłego z rezerwuarem | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
| 12 | Pojemnik na odpady medyczne ostre poj. 0,7 L | - | - | 20 szt. | - |  |  |  |
| 13 | Paski do glukometru  ACCU-CHEK PERFORMA  (op. 50 szt.) | - | - | 1 op. | - |  |  |  |
| 14 | Paski do glukometru  ACCU-CHEK ACTIVE  (op. 50 szt.) | - | - | 1 op. | - |  |  |  |
| 15 | Paski do glukometru GLUCCOCARD 01 SENSOR (op. 50 szt.) | - | - | 1 op. | - |  |  |  |
| 16 | Elektrody QUICK-COMBO do defibrylatora  MEDTRONIC LIFEPAK 12 | - | - | 2 op. | - |  |  |  |
| 17 | Gaziki do dezynfekcji skóry LEKO (op. 100 szt.) | - | - | 2 op. | - |  |  |  |
| 18 | Folia NRC ( koc ratowniczy) | - | - | 20 szt. | - |  |  |  |
| 19 | Przylepiec tkaninowy  2,5 cm x 5 m | - | - | 5 szt. | - |  |  |  |
| 20 | Preparat do dezynfekcji MEDISEPT QUATRODES EXTRA poj. 5 L | - | - | 1 op. | - |  |  |  |
| 21 | preparat do dezynfekcji MIKROZID UNIVERSAL LIQUID poj. 1 L + atomizer | - | - | 4 szt. | - |  |  |  |
| 22 | Kompresy jałowe pakowane osobno roz. 5 cm x 5 cm  (op. 25 szt.) | - | - | 3 op. | - |  |  |  |
| 23 | Paski do zamykania ran  STERI-STRIP czerwone | - | - | 6 szt. | - |  |  |  |
| 24 | Paski do zamykania ran  STERI-STRIP zielone | - | - | 6 szt. | - |  |  |  |
| 25 | Rurka krtaniowa LT roz.: 4 (czerwona) | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
| 26 | Chusteczki neutralizujące gaz pieprzowy | - | - | 80 szt. | - |  |  |  |
| 27 | Ściereczki do dezynfekcji SUPER SANI-C9LOTH  (op. 125 szt.) | - | - | 2 op. | - |  |  |  |
| 28 | Ściereczki do dezynfekcji bez alkoholu ( op. 100 szt.) | - | - | 2 op. | - |  |  |  |
| 29 | Ściereczki do dezynf. nasączone 70% alko. Izopropylowym (op. 100 szt.) | - | - | 2 op. | - |  |  |  |
| 30 | Opaska elastyczna  roz.: 15 cm x 5 m | - | - | 20 szt. | - |  |  |  |
| 31 | Opaska dziana / Bandaż dziany roz.: 10 cm x 4 m | - | - | 30 szt. | - |  |  |  |
| 32 | Opaska dziana / Bandaż dziany roz.: 5 cm x 4 m | - | - | 20 szt. | - |  |  |  |
| 33 | Kompresy niejałowe pakowane po 100 szt.  roz.: 5 cm x 5 cm | - | - | 5 op. | - |  |  |  |
| 34 | Oklejka na wenflon  ( op. 100 szt.) | - | - | 1 op. | - |  |  |  |
| 35 | Zestaw do przetoczeń płynów infuzyjnych | - | - | 30 szt. | - |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 36 | Wartość produktów brutto PLN 8% VAT | | | | | | |  |
| 37 | Wartość produktów brutto PLN 23% VAT | | | | | | |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 36 i 37)** | | | | | | | |  |

1. Miejsce realizacji przedmiotu zamówienia: **Oddział Prewencji Policji, ul. Puławska 44E,   
   05-509 Warszawa**
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **7 dni roboczych od złożenia zamówienia**
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od dnia składania ofert.
4. **Reklamacje** należy składać na adres mailowy: ………………………………………….. lub nr faksu …………..…….….
5. Wykonawca oświadcza, że wypełnił obowiązki informacyjne zgodnie z art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), wobec każdej osoby fizycznej od której dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu wpisania jej do treści oferty lub załącznika do oferty jako dane osoby reprezentującej Wykonawcę lub uczestniczącej w wykonaniu zamówienia.
6. **Osobą wyznaczoną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia jest …………………………………………………………..……………..…….**
7. **Dane kontaktowe**: tel.: …………………. / faks: ………………. /e-mail: ………………………………
8. Usługa wykonywana będzie własnymi siłami/z pomocą Podwykonawcy3) który wykonywać będzie część zamówienia obejmującą: …………………………………………..…….......................

……………………………………………………………………………………………………………………. *nazwa firmy, siedziba*

*……...…………..………………*

*Data, podpis i pieczęć Wykonawcy*

Uwaga:

1) - wypełnia Wykonawca,

2) – należy wpisać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku,

3) - niepotrzebne skreślić. Jeżeli Wykonawca nie dokona skreślenia i nie wypełni, Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia Podwykonawcom