Załącznik nr 1 do wniosku

Kz-2380/116/2023/ZW-DR

............................................. ..........................................

 pieczęć Wykonawcy miejscowość, data

# FORMULARZ OFERTOWY

1. Pełna nazwa i siedziba Wykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………………....

Telefon …………………………… Fax ..................................................

Regon …………………………… NIP …...............................................

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………

1. Wartość oferty:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **J.M.** | **ilość**  | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT** | **Wartość netto**  | **Wartość brutto**  |
| **1.** | Koc ratunkowy | **szt.** | **50** |  |  |  |  |
| **2.** | Opatrunek indywidualny typu A |  **szt.**  | **50** |  |  |  |  |
| **3.** | Plaster w rolce 2,5 cm x 5m | **szt.** | **100** |  |  |  |  |
| **4.** | Plaster z opatrunkiem 1mx8cm | **szt.** | **100** |  |  |  |  |
| **5.** | Siatka Opatrunkowa "6" | **szt.** | **25** |  |  |  |  |
| **6.** | Sól fizjologiczna 0,25 ml | **szt.** | **50** |  |  |  |  |
| **7.** | Nożyczki ratownicze | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
| **8.** | Staza taktyczna | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
| **9.** | Opatrunek hemostatyczny CELOX-A | **szt.** | **20** |  |  |  |  |
| **10.** | Opatrunek osobisty W duży | **szt.** | **50** |  |  |  |  |
| **11.** | Bandaż dziany 4m x 10cm | **szt.** | **50** |  |  |  |  |
| **12.** | Bandaż elastyczny 4m 15cm | **szt.** | **20** |  |  |  |  |
| **13.** | Kompres gazowy sterylny 10 x 10 cm op. 3 szt. | **szt.** | **100** |  |  |  |  |
| **14.** | Preparat na oparzenia spray | **szt.** | 10 |  |  |  |  |
| **15.** | Aparat do płukania oka | **szt.** | **5** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

* ***W cenę należy wkalkulować wszelkie dodatkowe koszty (np. transportu, ubezpieczenie, rozładunek)***

**Wartość brutto oferty: ……………………zł.**

/słownie/ …………………………………………………………………………………………………………....

1. **Pozostałe istotne warunki zamówienia:**
	* + 1. Termin realizacji usługi: 5 **dni roboczych (maksymalnie 10 dni roboczych)**
			2. Forma i termin płatności – **przelew 30** **dni** - od daty doręczenia faktury.
			3. Termin związania ofertą - ……(nie krótszy niż **60 dni**)
			4. Kryterium wyboru – **najniższa cena + termin realizacji**
			5. **Towar kupowany jest dla instytucji** – wymagana gwarancja min. 24 miesiące licząc od dnia zakupu z zastrzeżeniem, że jeżeli okres gwarancji udzielonej przez producenta danego produktu jest dłuższy, to obowiązuje dłuższy okres gwarancji.
2. **Opis, miejsce oraz termin sposobu przygotowania ofert.**

 Ofertę należy złożyć za pośrednictwem platformy zakupowej Open Nexus oraz na podpisanym
 i zeskanowanym Formularzu Ofertowym - załącznik nr.1

 **Termin składania ofert wskazany na platformie zakupowej.**

1. Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: ………........................................................
tel. …………………………………., e-mail. …………………………………..……………………………
2. Oświadczam, że zgodnie z ……………………/wykazać odpowiedni dokument, z którego wnika prawo do reprezentacji Wykonawcy – KRS, CEIDG, pełnomocnictwo/ **do reprezentowania Wykonawcy w postepowaniu, złożenia i podpisania oferty wraz z załącznikami uprawniony jest**: …………………………………………………………………………………………………………….
3. Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez KWP
w Łodzi.

**8. Oświadczenie Wykonawcy dotyczące wykluczenia:**

- Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy Pzp. z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835)

- Wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

………….… *(miejscowość),* dnia ………….… r. *.....................................................................................*

*( pieczęć i podpis/y osób/osoby uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*