***Nr sprawy DKW.2233.6.2023.AH***

*Załącznik nr 4*

## FORMULARZ OFERTOWY

do zapytania o cenę w postępowaniu:

**„Dostawa testów do przeprowadzenia badań na obecność środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w organizmie do Zakładu Karnego w Siedlcach”**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

**Nazwa:** ........................................................................................................................................

**ul:** ................................................................................................................................................

**Kod i miejscowość**: ……………………………………………………..…….………………………….…..……..……....

**Województwo:**............................................................................................................................

**Nr telefonu:** ................................................................................................................................

**NIP:** ......................................................... **REGON:** .....................................................................

**e-mail**: …………………………………………………………………………………………………………………….……..….

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa testów do przeprowadzenia badań na obecność środków odurzających lub substancji psychoaktywnych w organizmie do Zakładu Karnego w Siedlcach”** składam/-my następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Jm** | **Planowana ilość** | **Cena jedn. netto** | **Stawka podatku VAT %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
|  | | | | | | | |
| 1 | THC | szt | 500 |  |  |  |  |
| 2 | AMP | szt | 500 |  |  |  |  |
| 3 | BZO | szt | 300 |  |  |  |  |
| 4 | OPI | szt | 200 |  |  |  |  |
| 5 | COC ( | szt | 200 |  |  |  |  |
| 6 | MET | szt | 400 |  |  |  |  |
| 7 | Multi Drug 6: AMP/BZO/MOP/THC/K2/MEP, leki odurzające/narkotyki | szt | 120 |  |  |  |  |
| 8 | Multi Drug 3: K2/THC/CAT | szt | 100 |  |  |  |  |
| 9 | Multi Drug 3: ABP/FYL/MEP | szt | 50 |  |  |  |  |
| 10 | Multi Drug 9 Drugs Rapid Test Cup (ślina) MET/AMP/K2/MDPV/MDMA/FYL/LSD/ABP/THC z dopalaczami Cup | szt | 20 |  |  |  |  |
| 11 | ABP | szt | 50 |  |  |  |  |
| 12 | LSD | szt | 50 |  |  |  |  |
| 13 | General Screening (wykrywający 27 substancji zakazanych) | szt | 30 |  |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

**Termin płatności 30 dni**

1. Zapoznałem/-liśmy się ze Zapytaniem ofertowym i nie wnoszę/-imy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Wzór umowy stanowiący załącznik do Zapytania Ofertowego został przeze/przez mnie/nas zaakceptowany i zobowiązuję/my się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Uważam/-y się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Zapytaniu ofertowym Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
4. Oferta obejmuje wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia i warunkami stawianymi przez Zamawiającego (m.in. koszty transportu z uwzględnieniem wszystkich opłat i podatków)
5. Formularz ofertowy dołącza się w formie pliku opatrzonego podpisem osobistym (czytelnym i pieczątką firmową).

Do bieżącego kontaktu w związku z niniejszym postępowaniem wyznaczamy:

.................................................................................... tel. .........................................................