

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 w postaci leków oraz materiałów medycznych

Numer sprawy:

1. Nazwa i adres Zamawiającego

SKARB PAŃSTWA - KOMENDANT STOŁECZNY POLICJI

ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa

2. Nazwa nadana zamówieniu:

Zakup produktów farmaceutycznych

3. W odpowiedzi na Państwa ogłoszenie oferujemy:**ZADANIE NR 1:**

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	Spray chłodzący (sztuczny lód w aerozolu)	poj. 400 ml	-	4 szt.	Do stosowania na skórę, po kontuzji, urazie.			
2	Adrenalina Osel	amp. 1 ml	1 mg/ml	2 op.	1 op. x 10 amp.			
3	Atropinum Sulfuricum	amp. 1 ml	1 mg/ml	1 op.	1 op. x 10 amp.			
4	Buscopan Forte	tabl. 20 mg	20 mg/tabł.	1 op.	1 op. x 20 tabl.			

5	Clemastinum	tabl. 1 mg	1 mg/tabl.	1 op.	1 op. x 30 tabl.			
6	Captopril	tabl. 25 mg	25 mg/tabl.	2 op.	1 op. x 30 tabl.			
7	Cordarone	amp. 3 ml	50 mg/ml	2 op.	1 op. x 6 amp.			
8	Dexaven	amp. 2 ml	4 mg/ml	2 op.	1 op. x 10 amp.			
9	Furosemidum	tabl. 40 mg	40 mg/tabl.	1 op.	1 op. x 30 tabl.			
10	Glukoza 20%	amp. 10 ml	200 mg/ml	1 op.	1 op. x 10 amp.			
11	Ketonal	amp. 2 ml	50 mg/ml	3 op.	1 op. x 10 amp.			
12	Loperamid	tabl. 2 mg	2 mg/tabl.	2 op.	1 op. x 15 tabl.			
13	Metoclopramid	10 mg/tabl.	10 mg/tabl.	1 op.	1 op. x 50 tabl.			
17	Natrium bicarbonicum 8,4%	amp. 20 ml	84 mg/ml	1 op.	1 op. x 10 amp.			
18	Nebbud	amp. 2 ml	0,5 mg/ml	1 op.	1 op. x 10 amp.			
20	Polopiryna S	tabl. 300 mg	300 mg/tabl.	1 op.	1 op. x 20 tabl.			
21	Pyralgin	tabl. 500 mg	500 mg/ml	2 op.	1 op. x 12 tabl.			
22	Ibuprom Max	tabl. 400 mg	400 mg/tabl.	2 op.	1 op. x 24 tabl.			
Wartość produktów brutto PLN 8% VAT								
23								
Wartość produktów brutto PLN 23% VAT								
24								
Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 23 i 24)								

4. Miejsce realizacji przedmiotu zamówienia:

Oddział Prewencji Policji w Warszawie, ul. Puławska 44E, 05-509 Piaseczno,

5. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **10 dni roboczych od złożenia zamówienia**

6. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od dnia składania ofert.

7. **Reklamacje** należy składać na adres mailowy: lub nr faksu

8. 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.

9. Osobą wyznaczoną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia jest

10. Dane kontaktowe: tel.: / faks: /e-mail:

11. 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

KIEROWNIK

Sekcji II Wydziału Zapobiegania
Komendy Stołecznej Policji

Paweł KASPRZYK

STARSZY TECHNIK
Sekcji II Wydziału Zapobiegania
Komendy Stołecznej Policji

Dana BOROWSKA