Załącznik nr 1 do wniosku

Kz-2380/81/2022/ZW-AS

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

 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** | **Wartość netto**  | **Wartość brutto**  |
| **1.** | **Bandaż dziany 4mx10cm** | **szt.** | **200** |  |  |  |
| **2.** | **Bandaż elastyczny 4 mx15cm** | **szt.** | **200** |  |  |  |
| **3.** | **Gaza jałowa 0,5m2** | **szt.** | **150** |  |  |  |
| **4.** | **Gaza jałowa 1m2** | **szt.** | **150** |  |  |  |
| **5.** | **Jednorazowe gaziki do dezynfekcji nasączone alkoholem 6x6cm** | **szt.** | **100** |  |  |  |
| **6.** | **Chusta trójkątna bawełniana** | **szt.** | **30** |  |  |  |
| **7.** | **Koc ratunkowy** | **szt.** | **50** |  |  |  |
| **8.** | **Nożyczki ratownicze**  | **szt.** | **20** |  |  |  |
| **9.** | **Młotek bezpieczny/nóż do pasów** | **szt.** | **20** |  |  |  |
| **10.** | **Opatrunek hydrożelowy 10X10** | **szt.** | **120** |  |  |  |
| **11.** | **Kompres gazowy jałowy 10/10+/- 1cm** | **szt.** | **250** |  |  |  |
| **12.** | **Opatrunek hydrożelowy 12x24 cm** | **szt.** | **40** |  |  |  |
| **13.** | **Opatrunek hydrożelowy 22x28 cm** | **szt.** | **30** |  |  |  |
| **14.** | **Opatrunek hydrożelowy 20x20 cm** | **szt.** | **60** |  |  |  |
| **15.** | **Opatrunek osobisty W duży** | **szt.** | **100** |  |  |  |
| **16.** | **Plaster w rolce 2,5cm5m** | **szt.** | **100** |  |  |  |
| **17.** | **Plaster z opatrunkiem 1mx8cm** | **szt.** | **100** |  |  |  |
| **18.** | **Rękawiczki nitrylowe pakowane w parach**  | **par** | **100** |  |  |  |
| **19.** | **Sól fizjologiczna 0,9% NaCl 250 ml** | **szt.** | **100** |  |  |  |
| **20.** | **Preparat do płukania oka z bocznym odpływem** | **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.

*.....................................................................................*

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

*do reprezentowania Wykonawcy)*