

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 STOLĘCZNY POLICJI

ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa

2. Nazwa nadana zamówieniu:

Zakup leków, materiałów medycznych oraz 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	-	6	Do stosowania na skórę, po kontuzji, urazie.			
2.	Adenocor	amp. 2 ml	3 mg/ml	3	1 op. x 6 amp.			
3.	Apap	tabletki	500 mg/tabł.	4	1 op. x 24 tabletki			
4.	Altacet	żel	10 mg/g	3	-			
5.	Atropinum Sulfuricum 1 mg/ml	tabl. 1 mg	1 mg/ml	1	1 op. x 10 amp.			
6.	Buscopan Forte 20 mg lub zamiennik (Nospa 40-80 mg lub Scopolan 10 mg)	tabl. 25 mg	20 mg (40 - 80 mg)/10 mg)tabl.	1	1 op. x 10 tabl. (20 tabl./48 tabl. lub 30 tabl.)			
7.	Clemastinum WZF	amp. 3 ml	1 mg/ml	2	1 op. x 5 amp.			

STARSZY TECHNIK
 Sekcji II Wydziału Zachowania
 Komendy Stołecznej Policji
 Paweł KASPRZAK
 Data: 2020-07-24

8.	Clemastinum	tabl. 1 mg	1 mg/tabł.	1	1 op. x 30 tabl.			
9.	Captopril	tabl. 25 mg	25 mg/tabł.	2	1 op. x 30 tabl.			
10.	Corthydron 100	fiol. proszek + amp. rozp.	100 mg/amp.	1	1 op. x 5 fiolek			
11.	Dexaven	amp. 2 ml	4 mg/ml	2	1 op. x 10 amp.			
12.	Furosemid	amp. 2 ml	10 mg/ml	2	1 op. x 5 amp.			
13.	Furosemidum	tabl. 40 mg	40 mg/tabł.	1	1 op. x 30 tabl.			
14.	Glukoza 20%	amp. 10 ml	200 mg/ml	2	1 op. x 10 amp.			
15.	Hydroxyzinum	tabletki	25 mg/tabł.	2	1 op. x 30 tabl.			
16.	Hydroxyzinum Teva	amp. 2 ml	50 mg/ml	2	1 op. x 5 amp.			
17.	Ketonal	amp. 2 ml	50 mg/ml	4	1 op. x 10 amp.			
18.	Ketonal Forte	tabletki	100 mg/tabł.	4	1 op. x 30 tabl.			
19.	Loperamid	tabl. 2 mg	2 mg/tabł.	2	1 op. x 15 tabl.			
20.	Metoclopramid	tabl. 10 mg/tabł.	10 mg/tabł.	1	1 op. x 50 tabl.			
21.	Metoclopramid 0,5%	amp. 2 ml	5 mg/ml	4	1 op. x 5 amp.			
22.	Lignocainum 2%	fiol. 20 ml	20 mg/ml	1	1 op. x 5 fiolek			
23.	Lignocainum jelfa TYP A	żel	20 mg/g	3	1 op. 30g			
24.	Naloxaxanum hydrochloricum	amp. 1 ml	0,4 mg/ml	2	1 op. x 10 amp.			
25.	NO-SPA	amp. 2 ml	20 mg/ml	4	1 op. x 5 amp.			
26.	Papaverinum Hydrochlorinum	amp. 2 ml	21 mg/ml	1	1 op. x 10 amp.			
27.	Polopiryna S	tabl. 300 mg	300 mg/tabł.	3	1 op. x 20 tabl.			
28.	Pyralgin	amp. 5 ml	0,5 g/ml	3	1 op. x 5 amp.			
29.	Pyralgin	tabl. 500 mg	500 mg/ml	2	1 op. x 20 tabl.			
30.	Salbutamol	amp. 1 ml	0,5 mg/ml	1	1 op. x 10 amp.			
31.	Ventolin Nebules	amp. 2,5 mg	1 mg/ml	1	1 op. x 20 amp.			
32.	Ibuprom Max	tabl. 400 mg	400 mg/tabł.	4	1 op. x 24 tabl.			
33.	Wartość produktów brutto PLN 8% VAT							
34.	Wartość produktów brutto PLN 23% VAT							
Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 33 i 34)								

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

STARSZY
Szkoli II Wydziału Zaopatrzenia
Komendy Stołecznej Policji

Danuta BOROWSKA

Paweł KASPRZAK