Załącznik nr 2 do ogłoszenia

**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

1. **Nazwa nadana zamówieniu**:

Zakup leków, materiałów medycznych oraz produktów farmaceutycznych.

1. W odpowiedzi na Państwa ogłoszenie oferujemy:

**ZADANIE NR 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku/preparatu | Postać | Dawka | Ilość | Uwagi | Stawka VAT(%) | Cena jednostkowa netto | Wartość brutto (wartośćkol. 5 x kol. 8 powiększoneo stawkę podatku VAT kol. 7)2) |
| 1. 27
 | Chusteczki dekontaminacyjne neutralizujące gaz pieprzowy | - | - | 100 szt. | - |  |  |  |
| 1. 28
 | Elastyczna siatka opatrunkowa – typu Codofix, rozmiar nr 3 | - | - | 3 szt. | - |  |  |  |
| 1. 29
 | Elastyczna siatka opatrunkowa – typu Codofix, rozmiar nr 6 | - | - | 3 szt. | - |  |  |  |
|  | Igła iniekcyjna 0,5 x 40 mm G25 | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Igła iniekcyjna 0,7 x 40 mm G22 | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Igła iniekcyjna, rozmiar: 0,8 x 40 mm G21 | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Igła iniekcyjna, rozmiar: 1,2 x 40 mm G18 | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Igła motylkowa z wężykiem, rozmiar: 0,7 x 19 22G | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Igła motylkowa z wężykiem, rozmiar: 0,8 x 19 21G | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Igła motylkowa z wężykiem, rozmiar: 0,9 x 19 20G | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Karta medycznych czynności ratunkowych, samokopiująca | - | - | 4 bloczki | 1 bloczek(50 szt.) |  |  |  |
|  | Kompres jałowy, rozmiar: 5 cm x 5 cm | - | - | 25 op. | 1 op.(3 szt.) |  |  |  |
|  | Korek do wenflonów - Luer Lock | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Maska krtaniowa I-GEL, nr 4 | - | - | 3 szt. | - |  |  |  |
|  | Maska tlenowa z rezerwuarem rozmiar: XL | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
|  | Maska tlenowa z rezerwuarem rozmiar: M | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
|  | Maska tlenowa z zestawem do nebulizacji, rozmiar: XL | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
|  | Maska tlenowa z zestawem do nebulizacji, rozmiar: M | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
|  | Nakłuwacz bezpieczny, sterylny, automatyczny lancety NEOMED 21G do pobierania krwi kapilarnej 2,4 mm | - | - |  1 op. | 1 op.(200 szt.) |  |  |  |
|  | Niewentylowany opatrunek okluzyjny CHEST SEAL | - | - | 6 szt. | - |  |  |  |
|  | Opaska elastyczna, o wymiarach: 15 cm x 5 m | - | - | 30 szt. | - |  |  |  |
|  | Opatrunek hydrożelowy o wymiarach: 20 cm x 40 cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Opatrunek hydrożelowy o wymiarach: 30 cm x 40 cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Opatrunek hydrożelowy o wymiarach: 40 cm x 60 cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Opatrunek wentylowy na rany kłute klatki piersiowej | - | - | 5 szt. | - |  |  |  |
|  | Paski do zamykania ran Steri-Strip, rozmiar: 6 x 100 mm | - | - | 10 szt. | - |  |  |  |
|  | Plaster do mocowania kaniuli/wenflonu | - | - | 2 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Pokrowiec na nosze MATODRAPE, rozmiar: 220 cm x 80 cm | - | - | 4 op. | 1 op.(10 szt.) |  |  |  |
|  | Przyrząd do przetoczeń płynów infuzyjnych | - | - | 40 szt. | - |  |  |  |
|  | Strzykawka – 2 ml | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Strzykawka – 5 ml | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Strzykawka – 10 ml | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Strzykawka – 20 ml | - | - | 1 op. | 1 op.(100 szt.) |  |  |  |
|  | Strzykawka cewnikowa Janeta – 50 ml | - | - | 6 szt. | - |  |  |  |
|  | Tampony do nosa STOP HEMO | - | - | 1 op. | 1 op.(5 szt.) |  |  |  |
|  | Wenflon, rozmiar: 0,9 x 25 mm, 22G  | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Wenflon, rozmiar: 1,1 x 32 mm, 20G | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Wenflon, rozmiar: 1,3 x 45 mm, 18G | - | - | 1 op. | 1 op.(50 szt.) |  |  |  |
|  | Worek na wymiociny | - | - | 30 szt. | - |  |  |  |
|  | Worki czerwone na odpady medyczne o poj. 35 litrów | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Zestaw do drenażu klatki piersiowej | - | - | 1 kpl. | - |  |  |  |
|  | Zestaw porodowy jednorazowy ABC OB-KIT | - | - | 1 kpl. | - |  |  |  |
|  | Zgłębnik żołądkowy, CH12, 80cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Zgłębnik żołądkowy, CH16, 80cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  | Zgłębnik żołądkowy, CH20, 80cm | - | - | 2 szt. | - |  |  |  |
|  |
|  46. | Wartość produktów brutto PLN 8% VAT |  |
|  47. | Wartość produktów brutto PLN 23% VAT |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 46 i 47)** |  |

1. Miejsce realizacji przedmiotu zamówienia: **Oddział Prewencji Policji w Warszawie, ul. Puławska 44E, 05-509 Piaseczno,**
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **10 dni roboczych od złożenia zamówienia**
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni licząc od dnia składania ofert.
4. **Reklamacje** należy składać na adres mailowy: ………………………………………….. lub nr faksu …………..…….….
5. 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.
6. **Osobą wyznaczoną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia jest …………………………………………………………..……………..…….**
7. **Dane kontaktowe**: tel.: …………………. / faks: ………………. /e-mail: ………………………………
8. 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