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 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. 27 | Paski do glukometru  ACCU-CHEK PERFORMA | | - | - | 2 op. | op. 50 szt. |  |  |  | | |
| 1. 28 | Paski do glukometru  ACCU-CHEK ACTIVE | | - | - | 2 op. | op. 50 szt. |  |  |  | | |
| 1. 29 | Paski do glukometru i-XELL | | - | - | 3 op. | op. 50 szt. |  |  |  | | |
|  | Paski do glukometru GLUCOCARD 01 SENSOR | | - | - | 1 op. | op. 50 szt. |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 5. | | Wartość produktów brutto PLN 8% VAT | | | | | | | |  |
| 6. | | Wartość produktów brutto PLN 23% VAT | | | | | | | |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 5 i 6)** | | | | | | | | |  | | |

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