

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 leków, materiałów medycznych oraz produktów farmaceutycznych.

3. 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.	Paski do glukometru ACCU-CHEK PERFORMA	-	-	2 op.	op. 50 szt.			
2.	Paski do glukometru ACCU-CHEK ACTIVE	-	-	2 op.	op. 50 szt.			
3.	Paski do glukometru i-XELL	-	-	3 op.	op. 50 szt.			
4.	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)								

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 uczestniczącą 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

STARSZY TECHNIK
Sekcji II Wydziału Zarządzania
Komendy Stołecznej Policji
Beata BOROWSKA

KIEROWNIK
Sekcji II Wydziału Zarządzania
Komendy Stołecznej Policji
Paweł KASPRZAK

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