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 1:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku/preparatu | Postać | Dawka | Ilość | Uwagi | Stawka VAT(%) | Cena jednostko-wa 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. 1
 | Spray chłodzący (sztuczny lód w aerozolu) | poj. 400 ml | - | 6 | Do stosowaniana skórę, po kontuzji, urazie. |  |  |  |
| 1. 2
 | Adenocor | amp. 2 ml | 3 mg/ml | 3 | 1 op. x 6 amp. |  |  |  |
| 1. 3
 | Apap | tabletki | 500 mg/tabl. | 4 | 1 op. x 24 tabletki |  |  |  |
| 1. 4
 | Altacet | żel | 10 mg/g | 3 | - |  |  |  |
| 1. 5
 | Atropinum Sulfuricum 1 mg/ml  | tabl. 1 mg | 1 mg/ml | 1 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
| 1. 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.) |  |  |  |
| 1. 7
 | Clemastinum WZF | amp. 3 ml | 1 mg/ml | 2 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
| 1. 8
 | Clemastinum | tabl. 1 mg | 1 mg/tabl. | 1 | 1 op. x 30 tabl. |  |  |  |
| 1. 9
 | Captopril  | tabl. 25 mg | 25 mg/tabl. | 2 | 1 op. x 30 tabl. |  |  |  |
| 1. 10
 | Corthydron 100 | fiol. proszek + amp. rozp. | 100 mg/amp. | 1 | 1 op. x 5 fiolek |  |  |  |
| 1. 11
 | Dexaven | amp. 2 ml |  4 mg/ml | 2 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
| 1. 12
 | Furosemid | amp. 2 ml | 10 mg/ml | 2 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
| 1. 13
 | Furosemidum | tabl. 40 mg | 40 mg/tabl. | 1 | 1 op. x 30 tabl. |  |  |  |
| 1. 14
 | Glukoza 20% | amp. 10 ml | 200 mg/ml | 2 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
| 1. 15
 | Hydroxyzinum  | tabletki | 25 mg/tabl. | 2 | 1 op. x 30 tabl. |  |  |  |
| 1. 16
 | Hydroxyzinum Teva | amp. 2 ml | 50 mg/ml | 2 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
| 1. 17
 | Ketonal | amp. 2 ml | 50 mg/ml | 4 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
| 1. 18
 | Ketonal Forte | tabletki | 100 mg/tabl. | 4 | 1 op. x 30 tabl. |  |  |  |
|  | Loperamid | tabl. 2 mg | 2 mg/tabl. | 2 | 1 op. x 15 tabl. |  |  |  |
|  | Metoclopramid | tabl. 10 mg/tabl. | 10 mg/tabl. | 1 | 1 op. x 50 tabl. |  |  |  |
|  | Metoclopramid 0,5% | amp. 2 ml | 5 mg/ml | 4 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
|  | Lignocainum 2% | fiol. 20 ml | 20 mg/ml | 1 | 1 op. x 5 fiolek |  |  |  |
|  | Lignocainum jelfa TYP A | żel | 20 mg/g | 3 | 1 op. 30g |  |  |  |
|  | Naloxaxanum hydrochloricum  | amp. 1 ml | 0,4 mg/ml | 2 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
|  | NO-SPA | amp. 2 ml | 20 mg/ml | 4 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
|  | Papaverinum Hydrochlorinum | amp. 2 ml | 21 mg/ml | 1 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
|  | Polopiryna S | tabl. 300 mg | 300 mg/tabl. | 3 | 1 op. x 20 tabl. |  |  |  |
|  | Pyralgin  | amp. 5 ml | 0,5 g/ml | 3 | 1 op. x 5 amp. |  |  |  |
|  | Pyralgin | tabl. 500 mg | 500 mg/ml | 2 | 1 op. x 20 tabl. |  |  |  |
|  | Salbutamol | amp. 1 ml | 0,5 mg/ml | 1 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
|  | Ventolin Nebules | amp. 2,5 mg | 1 mg/ml | 1 | 1 op. x 20 amp. |  |  |  |
|  | Ibuprom Max | tabl. 400 mg | 400 mg/tabl. | 4 | 1 op. x 24 tabl. |  |  |  |
|  |
| 1. 19
 | Wartość produktów brutto PLN 8% VAT |  |
| 1. 20
 | Wartość produktów brutto PLN 23% VAT |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 33 i 34)** |  |

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