**…………………………………. Zał. nr 1**

(nazwa lub pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

.....................................................................................................................................................

(nazwa Wykonawcy)

.....................................................................................................................................................................................

(dokładny adres (siedziba) Wykonawcy)

………………………………………………………………….……………………………………………………

(nr KRS lub CEiDG)

.....................................................................................................................................................................................

(telefon, fax, adres e-mail.)

Przedmiot oferty:

**ZAKUP I DOSTAWA LEKÓW DLA JW 1248 W MORĄGU**

 **OFERTA CENOWA**

W związku z zaproszeniem do składania ofert dotyczącym postępowania na udzielenie zamówienia składamy ofertę na poniższych warunkach:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie wg poniższego formularza ofertowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Producent lub autoryzowany przedstawiciel producenta\*** |  **Nazwa handlowa\*** | **JM** | **Ilość** |  **Cena jedn. netto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **VAT %** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | MONONIT 20MG 60 TABL. |  |  | OP | 2 |  |  |  |  |
|  | CAPTOPRIL 12,5MG 30 TABL. |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | CLONAZEPANUM TZF 1MG/1ML 10AMP |  |  | OP | 2 |  |  |  |  |
|  | FLUMAZENIL B.BRAUN 0,1MG/ML;5AMP 5ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | MIDANIUM 5 MG/ML ;10AMP. 1ML |  |  | OP | 2 |  |  |  |  |
|  | FENTANYL WZF .1 AMP 2ML |  |  | OP | 2 |  |  |  |  |
|  | LEVONOR 5 AMP. PO 4ML |  |  | OP | 2 |  |  |  |  |
|  | NALOXONUM HYDROCHLORICUM WZF 0,4MG/ML;10AMP 1ML |  |  | OP | 3 |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLOR. BRAUN 0,9% 250ML ECOFLAC |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | EBRANTIL 25 |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | GRIPEX HOT MAX PHARMACIA 12 SASZ S. CYTRYNA |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | ADRENALINUM WZF 0,1% 10AMP. 1ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | CORDARONE ROZT. DO WSTRZ. 50MG/ML 6 AMP 3ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | CLEMASTIN-BP 1MG/ML 10AMP 2ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | PYRALGIN 0,5G/ML 5AMP 2ML |  |  | OP | 5 |  |  |  |  |
|  | DEMEZON 4MG/ML 10AMP 2ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | OPTYLITE FRESENIUS 500ML KABICLEAR |  |  | SZT | 12 |  |  |  |  |
|  | STEROFUNDIN BRAUN 500ML |  |  | SZT | 12 |  |  |  |  |
|  | SOLUTIO RINGERI LACTATE 500ML |  |  | SZT | 12 |  |  |  |  |
|  | GLUKOZA BRAUN 250ML |  |  | SZT | 15 |  |  |  |  |
|  | GLUKOZA 5% BUT. 500ML ROZTW. BAXTER |  |  | OP | 20 |  |  |  |  |
|  | PENTROX 99,9% 3ML PŁYN Z INHLATOREM |  |  | SZT | 5 |  |  |  |  |
|  | KETONAL 50MG/ML, 2ML 10AMP |  |  | OP | 5 |  |  |  |  |
|  | GLUCOSUM 20% 10AMP 10ML |  |  | OP | 3 |  |  |  |  |
|  | ADENOCOR ROZTW. DO WSTRZY. 3MG/ML 6FIOL. 2ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | HEMOHES 6% 500 ML ROZTWÓR |  |  | OP | 5 |  |  |  |  |
|  | KETONAL FORTE 100MG 30 TABLETEK |  |  | OP | 6 |  |  |  |  |
|  | PLASMALYTE ROZTW. DO INF. WOREK 500ML |  |  | OP | 20 |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLORATIUM 0,9% ROZTW. 100ML |  |  | SZT | 20 |  |  |  |  |
|  | PYRALGINUM 500MG 6TABL |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | NITROMIND 0,4MG/DAW AEROZOL 200 DAWEK |  |  | SZT | 3 |  |  |  |  |
|  | SKINSEPT PUR 350ML PŁYN |  |  | SZT | 5 |  |  |  |  |
|  | FLEGAMINA 8MG 20TABL. TEVA |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | FENISTIL 30G ŻEL |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | FURAGINUM ADAMED 50MG 30TABL |  |  | OP | 5 |  |  |  |  |
|  | NAPROXEN EMO |  |  | OP | 15 |  |  |  |  |
|  | PARACETAMOL APTEO MED 500 MG 20TAB |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | KETOPROFEN FASTUM 25MG/G 100G ŻEL |  |  | OP | 15 |  |  |  |  |
|  | IBUPROM ZATOKI 24 TABL. |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | LOPERAMID 2MG 30 TABL. |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | POLOPIRYNA S 300MG 20 TABL. |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | ATROPINUM SULFURICUM WZF 1MG/ML 10 AMP. 1ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | INJ. MAGNESII SULFURICI 20% 200MG/ML 10 AMP. 10ML. |  |  | OP | 3 |  |  |  |  |
|  | METOCLOPRAMIDUM 0,5% 5MG/ML 5 AMP. 2ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | TORECAN 6,5MG/ML 5 AMP. 1ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | NEBBUD 0,5MG/ML ZAWIESINA DO NEBULIZACJI 20 AMP. 2ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | BETALOC 1MG/ML 5 AMP. 5ML |  |  | OP | 3 |  |  |  |  |
|  | SALBUTAMOL WZF 0,5MG/ML 10 AMP. 1ML |  |  | OP | 3 |  |  |  |  |
|  | PARACETAMOL KABI 10MG/ML 100ML |  |  | OP | 10 |  |  |  |  |
|  | NATRIUM CHLORATIUM BARAUN 0,9% ROZTW. 500ML |  |  | SZT | 10 |  |  |  |  |
|  | EXACYL 100MG/ML 5 AMP. 5ML |  |  | OP | 4 |  |  |  |  |
|  | MANNITOL 15% BAXTER 100ML WOREK |  |  | SZT | 4 |  |  |  |  |
|  **RAZEM**  |  |  |  |  |

\*brak wypełnienia w formularzu ofertowym w kol. 3 i 4 spowoduje odrzucenie oferty.

1. Zobowiązujemy się do realizacji zamówień w terminie wymaganym przez zamawiającego tj. **do 7 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia.**
2. Miejsce realizacji usługi:  **21 Wojskowy Oddział Gospodarczy (dla JW 1248) 82-300 Elbląg, ul. Kwiatkowskiego 15.**
3. Akceptujemy warunki płatności zawarte w zapytaniu tj. przelew do 30 dni od daty wystawienia faktury po zrealizowanej dostawie.

 ……………………………………… ………………………………………….

 Miejscowość i data Podpis (podpisy) osób uprawnionych

 do reprezentowania