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 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
|  | Adrenalina  /zamiennik | Ampułkostrzy-kawki 1 ml | 300 µg/0,3 ml | 3 | - |  |  |  |
|  | Cordarone | amp. 3 ml | 50 mg/ml | 2 | 1 op. x 6 amp. |  |  |  |
|  | Glukoza 5% -  250 ml | flakon | 50 mg/ml | 6 | 1 szt. x 250 ml |  |  |  |
|  | GlucaGen 1 mg | ampułkostrzykawki + fiol. z rozp. | 1 mg/ml | 3 | - |  |  |  |
|  | Heparinum WZF | amp. 5 ml | 5000 j.m/ml | 1 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
|  | Paracetamol | flakon | 10 mg/ml | 6 | flakon 100 ml |  |  |  |
|  | Nebbud | amp. 2 ml | 0,5 mg/ml | 1 | 1 op. x 10 amp. |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
| 1. 27. | Wartość produktów brutto PLN 8% VAT | | | | | | |  |
| 1. 28. | Wartość produktów brutto PLN 23% VAT | | | | | | |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 8 i 9)** | | | | | | | |  |

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 …………..…….….

1. 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.
2. **Osobą wyznaczoną przez Wykonawcę do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji przedmiotu zamówienia jest …………………………………………………………..……………..…….**
3. **Dane kontaktowe**: tel.: …………………. / faks: ………………. /e-mail: ………………………………
4. 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