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 materiałów medycznych**

Numer sprawy: WZ/240/2025/II

1. **Nazwa i adres Zamawiającego**

SKARB PAŃSTWA - KOMENDANT STOŁECZNY POLICJI

ul. Nowolipie 2, 00-150 Warszawa

1. **Nazwa nadana zamówieniu**:

Zakup materiałów medycznych.

1. W odpowiedzi na Państwa ogłoszenie oferujemy:

ZADANIE NR 2:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku/preparatu | Ilość | Uwagi | Stawka VAT  (%) | Cena jednostkowa netto | Wartość brutto **(wartość**  **kol. 3 x kol. 6** **powiększone**  **o stawkę podatku VAT kol. 5)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Opatrunek hemostatyczny typu QuikClot Combat Cauze | 5 szt. | posiada rekomendację TCCC oraz wskaźnik/nić RTG |  |  |  |
| 2 | Opatrunek okluzyjny typu Halo Chest Seal | 5 szt. | na rany klatki piersiowej |  |  |  |
|  | | | | | | |
| 3 | Wartość produktów brutto PLN VAT 8% | | | | |  |
| 4 | Wartość produktów brutto PLN VAT 23% | | | | |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 3 i 4)** | | | | | |  |

1. Miejsce realizacji przedmiotu zamówienia: Magazyn Żywnościowy Wydziału Zaopatrzenia KSP, ul. Włochowska 25/33, 02-336 Warszawa.
2. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **7 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