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 1:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | Ceratki do nauki resuscytacji | 3 szt. | 1 szt. (1 rolka – 36 szt. maseczek) |  |  |  |
| 2 | Maseczka do nauki RKO | 100 szt. | jednorazowego użytku |  |  |  |
| 3 | Rurki nosowo-gardłowe | 5 szt. | rozmiar nr 6 |  |  |  |
| 4 | Rurki nosowo-gardłowe | 5 szt. | rozmiar nr 7 |  |  |  |
| 5 | Rurki nosowo-gardłowe | 5 szt. | rozmiar nr 8 |  |  |  |
| 6 | Rurki nosowo-gardłowe | 2 kpl. | 1 kpl zawiera 8 szt. |  |  |  |
|  |
| 7 | Wartość produktów brutto PLN VAT 8% |  |
| 8 | Wartość produktów brutto PLN VAT 23% |  |
| **Łączna wartość oferty brutto PLN (suma wierszy 7 i 8)** |  |

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