**Załącznik nr 2**

Nazwa Dostawcy ……………………….…………………

Adres Dostawcy ……………………..……….……………

Nr telefonu …………………………….. Nr Fax……………………………….
NIP ………………………………………... REGON…………..…………………

**OFERTA CENOWA**

W związku z zaproszeniem do składania ofert dotyczącym postępowania na udzielenie zamówienia publicznego na ……………………………… (nazwa i numer postępowania), przedkładamy ofertę na poniższych warunkach:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia wg poniższego formularza cenowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia**  | **Nazwa handlowa leku lub jego równoważnik** | **Minimalny termin ważności wymagany od dnia odbioru przez Zamawiającego** | **JM** | **Ilość**  | **cena jednostkowa netto** | **wartość netto** | **VAT** | **cena jednostkowa brutto** | **wartość brutto**  | **Uwagi** |
| **APTECZKI I WYPOSAŻENIA DO APTECZEK** |  |
| **1** | Apteczka samochodowa DIN 13164 Plus.  | Apteczka samochodowa DIN 13164 Plus.  | Okres ważności min. 4 lata. Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności. | **Szt.** | **23** |   |   |   |   |   |  |
| **2** | Wkład do apteczki samochodowej DIN 13164 Plus.  | Wkład do apteczki samochodowej DIN 13164 Plus.  | Okres ważności min. 4 lata.Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności. | **Szt.** | **81** |   |   |   |   |   |  |
| **3** | Wkład do apteczki ściennej DIN 13157 Plus.  | Wkład do apteczki ściennej DIN 13157 Plus.  | Okres ważności min. 4 lata.Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności. | **Szt.** | **62** |   |   |   |   |   |  |
| **4** | Apteczka ścienna metalowa pełna biała, wym. 240 mm/ 110 mm/ 400mm (+/- 40 mm), bez wyposażenia, Z oznaczenie białego krzyża na zielonym tle.  | Apteczka ścienna metalowa pełna biała, wym. 240 mm/ 110 mm/ 400mm | Okres ważności min. 4 lata.Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności. | **Szt.** | **13** |   |   |   |   |   |  |
| **5** | Apteczka przenośna DIN 13157 Plus | Apteczka przenośna DIN 13157 Plus | Okres ważności min. 4 lata.Okres ważności w dniu dostawy nie może być krótszy, niż 80% całkowitego okresu ważności. | **Szt.** | **2** |   |   |   |   |   |  |
| **SUMA** |   |   |  |   |   |  |

za cenę brutto:……………… zł

(słownie złotych: …………………………………………………………………….……..…),

w tym podatek VAT w kwocie: ……………… zł,

1. Zobowiązujemy się do wykonania dostawy w terminie wymaganym przez zamawiającego.
2. Akceptujemy warunki płatności zawarte w opisie przedmiotu zamówienia oraz zamówieniu.
3. Oświadczamy, że:
4. zapoznaliśmy się z zaproszeniem do składania ofert, w tym z istotnymi postanowieniami zamówienia i przyjmujemy warunki określone w zaproszeniu do składania ofert;
5. uważamy się za związanych ofertą przez okres …….. dni od upływu terminu składania ofert;
6. w razie wybrania przez zamawiającego naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania zamówienia na warunkach zawartych w zaproszeniu do składania ofert oraz w miejscu i terminie określonym przez zamawiającego;
7. Oferta składa się z ……… kolejno ponumerowanych stron.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | ……………………………………… |
| Miejscowość i data | Podpis (podpisy) osób uprawnionychdo reprezentowania dostawcy |