|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 5 do SIWZ Formularz cenowy/Szczegółowy Opis przedmiotu zamówienia** | | | | | | | | | | | |
| **Nr zad** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Nazwa producenta** | **J. m** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto\*\*** | **VAT** | | **Wartość brutto** | **Oferowany termin ważności** | **UWAGI** |
| **%** | **Wartość podatku Vat** |
| **1** | Zestaw opatrunkowy Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Zestaw do zaopatrzenia dróg oddechowych Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Zestaw do unieruchomień ortopedycznych Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Zestaw do segregacji medycznej Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Zestaw do diagnostyki i monitorowania Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Zestaw środków antyseptycznych i dezynfekcyjnych Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Zestaw do pielęgnacji chorych i poszkodowanych Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Zestaw lekowy Poziomu 1 |  |  | zestaw | 623 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) Wymagania warunków przechowywania** oferowanego asortymentu - według zaleceń producenta. | | | | | | | | | | | |
| **2) Dostarczany wyrób oznakowany** zgodnie z decyzją nr 3/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 03.01.2014 r. w sprawie wytycznych określających wymagania w zakresie znakowania kodem kreskowym wyrobów  dostarczanych do resortu obrony narodowej – Dz. Urz. MON z 07.01.2014, poz. 11 | | | | | | | | | | | |
| **4) Dodatkowe wymagania dot. terminu ważności/gwarancji:  a) *Okres ważności w dniu składania ofert nie może być krótszy niż 80% całkowitego okresu ważności  określonego przez producenta. b) W przypadku braku określenia w niniejszej dokumentacji wymaganego terminu ważności/gwarancji -  wymagany jest min. 24 miesięczny termin ważności/gwarancji.*** | | | | | | | | | | | |
| **5) Dodatkowe wymagania dotyczące produktu leczniczego:**Wykonawca oświadcza, że przed dostarczeniem  towaru do magazynu Zamawiającego, dokona weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora  produktu leczniczego (ATD) ze wszystkich produktów leczniczych, zgodnie z Art. 23 rozporządzenia Parlamentu  Europejskiego i Rady (przepisy uwzględniające szczególne cechy łańcuchów dystrybucji w państwach członkowskich -  dopuszczające możliwość wymagania od dostawcy weryfikacji zabezpieczeń i wycofania niepowtarzalnego identyfikatora  produktu leczniczego w przypadku, kiedy odbiorcą są m.in. siły zbrojne). | | | | | | | | | | | |
| **6) W zakresie zadań, w których opis techniczny stanowią WTT - szczegółowy opis przedmiotu zamówienia (WTT)  został sporządzony przez Gestora SpW – Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia Dowództwa Generalnego Rodzajów Sił Zbrojnych** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |