Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 1/2021

..........................................................

(pieczątka adresowa Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

na dostawę środków ochrony indywidualnej w ramach projektupn.: "**Wsparcie instytucji zajmujących się opieką nad osobami wymagającymi wsparcia z terenu powiatu nowomiejskiego"** realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 - Działanie RPWM.11.02.00 Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym".

Nazwa Wykonawcy....................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy.....................................................................................................................................................

Nr NIP.................................................................... Nr Regon.....................................................................................

**W odpowiedzi na Państwa Zaproszenie do składania ofert przedstawiamy poniższą ofertę na:**

**Sprzęt i środki ochrony osobistej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówieniaASORTYMENT | Podstawowe dane techniczne, materiał, inne opisy | Ilość(szt., par, op.) | Cenajednostkowanetto zł | Łączna cena netto(kol.6xkol.7 | PodatekVAT % zł | Łączna cena brutto zł (kol.8xkol9) |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** |
| 1. | Maseczka medyczna (jednorazowa) |  Maseczka medyczna jednorazowego wykonane z trójwarstwowej włókniny, posiadające gumkę umożliwiającą założenie maseczki na uszy, odporne na przesiąkanie, niepyląca, hipoalergiczne, rozmiar uniwersalny lecz nie mniejszy niż 17,5 cm x 9cm mierzona na płasko. Deklaracja zgodności w wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych albo deklaracja zgodności z wymaganiami dyrektywy 93/42/EWG, albo deklaracja zgodności z wymaganiami rozporządzenia (UE) 2017/745. | 2.321 szt. |  |  |  |  |
| 2. | Rękawiczki jednorazowe nitrylowe bezpudrowe | Oburęczne, dobrze dopasowane do dłoni, mankiet zakończony równomiernie rolowanym brzegiem, nieuciskające, kolor do ustalenia, minimalizacja reakcji alergicznych, dopasowane do dłoni, odpowiednia rozciągliwość, dobra chwytność. Zgodne z normami EN 455-1,2,3,4. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony indywidualnej kat. III. AQL 1,5 lub niższy. Certyfikat bezpieczeństwa CE, zgodnie z dyrektywą EU 89/686/EWGOpakowania po 100 szt.**Rozmiary:**S - 20 op./100 szt.M - 20 op./100 szt.L - 16 op./100 szt.**Razem: 56 op./100 szt. = 5.600 szt.** | 56op./100 szt = 5.600 szt. |  |  |  |  |
|   **RAZEM....................................................brutto** |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,

2. Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu i niniejszej ofercie,

3. Zapoznałem się z warunkami płatności, dostawy i nie wnoszę uwag. Po wyborze mojej oferty jako najkorzystniejszej, zobowiązuję się do dostawy przedstawionych produktów w wyznaczonym terminie,

4. Oświadczam, że w cenie uwzględniono wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w szczególności koszty dostawy.

5.Oferowany asortyment musi spełniać pozostałe wymagania w zakresie jakości i standardów bezpieczeństwa określone w przepisach UE, w tym m.in. deklaracje zgodności CE i wytyczne Ministerstwa Zdrowia zamieszczone na stronie https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacje-dotyczace-produktow-wykorzystywanych-podczas-zwalczania-covid-19.

6. Dane teleadresowe do kontaktu: Adres:....................................................................................................................................................................................................................

Tel:.........................................................adres e-mail....................................................................................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu dotyczącej przedstawionej oferty oraz realizacji zamówienia.............................................................................................................................

........................................................ ........................................................................

 (miejscowość i data) (podpisy osób upoważnionych do składania

 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

.