

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
Nowe Miasto Lubawskie  
ul. Grunwaldzka 3  
13-300 Nowe Miasto Lubawskie



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 3/2021

.....  
(pieczęćka adresowa Wykonawcy)

### FORMULARZ OFERTOWY

na dostawę środków ochrony indywidualnej w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” Moduł IV, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

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 zamówienia ASORTYMENT	Podstawowe dane techniczne, materiał, inne opisy	Ilość (szt., par, op.)	Cena jednostkowa netto zł	Łączna cena netto (kol.6xkol.7)	Podatek VAT % zł	Łączna cena brutto zł (kol.8xkol.9)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.	Maseczka medyczna (jednorazowa)	Maseczka medyczna jednorazowego wykonanej 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.				

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
Nowe Miasto Lubawskie  
ul. Grunwaldzka 3  
13-300 Nowe Miasto Lubawskie**



**Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**

2.	Rękawiczki jednorazowe nitylowe 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/EWG Opakowania po 100 szt. <b>Rozmiary:</b> S - 60 op./100 szt. M - 113 op./100 szt. <b>Razem: 173 op./100 szt. = 17.300 szt.</b>	173op./100 szt 17.300 szt.				
3.	Płyn do dezynfekcji rąk i skóry - op. 1l z pompką	Płyn o działaniu wirusobójczym, bakteriobójczym, grzybobójczym, substancja czynna : etanol, co najmniej 70g/100g, opakowania 1 l. Termin przydatności min. 12 miesięcy od daty dostawy	83 l/op. 1l				
4.	Płyn do dezynfekcji rąk, powierzchni i urządzeń	Preparat w formie płynu do dezynfekcji rąk, powierzchni i urządzeń zawierający między innymi: alkohol oraz substancje czynne do mycia i dezynfekcji powierzchni, wyrobów medycznych. Płyn o działaniu wirusobójczym, bakteriobójczym, grzybobójczym, substancja czynna : etanol, co najmniej 70g/100g, opakowania 5 l. Termin przydatności min. 12 miesięcy od daty dostawy.	100l/op. 5l				
5.	Fartuch ochronny włókninowy jednorazowy	Fartuch ochronny, jednorazowy, włókninowy (włóknina polipropylenowa), medyczny, niejałowy z mankietem elastycznym wykonanym z bawełny, rozcięcie tylne, gr. 40 g/cm <sup>2</sup> . zawiązywany w pasie na troki.	70szt.				
<b>RAZEM .....brutto</b>							

- Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
- Oświadczam, że przedmiot zamówienia wykonam zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu i niniejszej ofercie,
- 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,
- Oświadczam, że w cenie uwzględniono wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, w szczególności koszty dostawy.

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
Nowe Miasto Lubawskie  
ul. Grunwaldzka 3  
13-300 Nowe Miasto Lubawskie**



**Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**

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)