**…………………………………. Zał. nr 1**

(nazwa lub pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

(nazwa Wykonawcy)

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

(dokładny adres (siedziba) Wykonawcy)

………………………………………………………………….……………………………………………………

(nr KRS lub CEiDG)

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

(telefon, fax, adres e-mail.)

Przedmiot oferty:

**ZAKUP I DOSTAWA LEKÓW DLA JW 3751 W ELBLĄGU**

**OFERTA CENOWA**

W związku z zaproszeniem do składania ofert dotyczącym postępowania na udzielenie zamówienia składamy ofertę na poniższych warunkach:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie wg poniższego formularza ofertowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Przedmiot zamówienia** | | **JM** | **Ilość** | **Cena jedn. netto (zł)** | | **Wartość netto (zł)** | **VAT %** | **Wartość brutto (zł)** |
|  | | |  | | --- | | Adrenalinum roztwór do wstrzykiwan 1mg/ml 10 amp. 1ml | | | OP | 2 |  | |  |  |  |
|  | | |  | | --- | | Amiokordin roztwór do wstrzykiwań 50mg/ml,5amp. | | | OP | | 1 |  | |  |  |  |
|  | | |  | | --- | | Atropini Sulfas, roztwór do wstrzykiwań 1mg/ml, 10 amp. 1 ml | | | OP | | 2 |  | |  |  |  |
|  | | |  | | --- | | Aqua pro Injectione - rozpuszczalnik do sporządz. leków 10 ml op. 100 amp. | | | OP | | 1 |  | |  |  |  |
|  | | |  | | --- | | Nebbud zawiesina do nebulizacji 0,25mg/ml 2ml a 10amp | | | OP | | 1 |  | |  |  |  |
|  | | Captopril Jelfa tabl. 12,5 mg op. 30 tabl.   |  | | --- | |  | | | OP | | 5 |  | |  |  |  |
|  | | Clemastinum WZF, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml, 5 amp. 2 ml | | OP | | 2 |  | |  |  |  |
|  | | Dexaven, roztwór do wstrzykiwań 4mg/ml 10amp.2ml | | OP | | 4 |  | |  |  |  |
|  | | Hydroxyzinum VP, tabl.powl. 10mg 30 tabl. | | OP | | 10 |  | |  |  |  |
|  | | Ketonal forte kaps.twarde powl. 100mg 20 kaps | | OP | | 5 |  | |  |  |  |
|  | | Metoclopramidum Polpharma, roztwór do wstrzykiwań 10mg/ml 5 amp. 2ml | | OP | | 5 |  | |  |  |  |
|  | | Płyn Ringera Fresenius 500ml. | | SZT | | 10 |  | |  |  |  |
|  | | Papaverinum hydrochloridum roztwór do wstrzyknięć 20mg/ml op. 10 amp. 2ml | | OP | | 2 |  | |  |  |  |
|  | | Salbutamolum roztwór do wstrzykiwań 0,5mg/ml op. 10 amp | | OP | | 1 |  | |  |  |  |
|  | | Furosemidum, 10mh/ml, 20mg/2 ml, 5amp | | SZT | | 5 |  | |  |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ OFERTY BRUTTO (ZŁ)** | | | | | | | |  | | | |

1. Zobowiązujemy się do realizacji zamówień w terminie wymaganym przez zamawiającego tj. **do 3 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia.**
2. Miejsce realizacji usługi:  **21 Wojskowy Oddział Gospodarczy (dla JW 3751) 82-300 Elbląg, ul. Kwiatkowskiego 15.**
3. Akceptujemy warunki płatności zawarte w zapytaniu tj. przelew do 30 dni od daty wystawienia faktury po zrealizowanej dostawie.

……………………………………… ………………………………………….

Miejscowość i data Podpis (podpisy) osób uprawnionych

do reprezentowania