*Załącznik nr 1*

*Nr sprawy:ZP-Z.14.2025*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................

NIP…………………………………………………………………… REGON ............................................................................

Nr telefonu: ...................................................Nr faxu ............................................ adres e-mail …………..……………………

Odpowiadając na zaproszenie do składania ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia   
o wartości szacunkowej netto nie przekraczającej 130 000 zł, na dostawę rękawic diagnostycznych i do procedur podwyższonego ryzyka –powtórka proponujemy realizację zamówienia na następujących warunkach

**Zadanie 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| charakterystyka | jm. | Wielkość opak. | ilość | Jednostkowa cena netto opak | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa nr. katalogowy | Producent | Nazwa i nr dowodu dopuszczenia do obrotu |
| Rękawice diagnostyczne, nitrylowe, niejałowe, mankiet rolowany, teksturowane na palcach. Długość rękawicy min. 240 mm, grubość na palcu min.od 0,10 do 0,12mm, grubość dłoni min.od 0,7- 0,08 mm. Poziom AQL 1,0. Rękawice przebadane na przenikanie mikroorganizmów i substancji chemicznych zgodnie z obowiązującymi w Polsce normami. . Rozmiar XS - XL do wyboru Zamawiający dopuszcza wielkość opakowania min 200 sztuk .Opakowanie umożliwiające bezpieczne wyjmowanie rękawic zawsze za mankiet od spodu opakowania. Wykonawca na okres obowiązywania umowy użyczy nieodpłatnie uchwyty naścienne zapewniające pojedyncze wyjmowanie rękawicy za mankiet od dołu opakowania - potrójne w ilości 10 szt., pojedyńcze w ilości 10sztuk. | op. | 200 szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Słownie brutto…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zamawiający dopuszcza zaoferowanie przedmiotu zamówienia w innej wielkości opakowań niż opisane powyżej. W takim przypadku liczbę zaoferowanych opakowań należy przeliczyć stosownie do zapotrzebowanej ilości produktów z zaokrągleniem w górę do całkowitej liczby opakowań, gdy uzyskana wielkość nie będzie liczbą całkowitą.

**Oświadczamy, że oferowane produkty spełniają wszystkie opisane wyżej wymagania**

**Informacja:**  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem „na dostawę rękawic diagnostycznych i do procedur podwyższonego ryzyka - powtórka ”

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na „na dostawę rękawic diagnostycznych i do procedur podwyższonego ryzyka - powtórka” w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………….

…………………………………… ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*

**Zadanie 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| charakterystyka | jm. | Wielkość opak. | ilość | Jednostkowa cena netto opak | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość VAT | Wartość brutto | Nazwa handlowa nr. katalogowy | producent | Nazwa i nr dowodu dopuszczenia do obrotu |
| Rękawice nitrylowe, bezpudrowe, do procedur podwyższonego ryzyka, długość rękawicy min. 280 mm, mankiet rolowany. Grubość na palcu min. +/- 0,17mm, na dłoni min. 0,12 mm. Poziom AQL max. 1,0 . Kształt uniwersalny. Rękawice przebadane na przenikanie mikroorganizmów i substancji chemicznych zgodnie z obowiązującymi w Polsce normami. Rozmiar XS - XL do wyboru Zamawiającego.  . Wykonawca na okres obowiązywania umowy użyczy nieodpłatnie 20 szt. potrójnych uchwytów naściennych. | Op. | 100 szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Słownie brutto:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Zamawiający dopuszcza zaoferowanie przedmiotu zamówienia w innej wielkości opakowań niż opisane powyżej. W takim przypadku liczbę zaoferowanych opakowań należy przeliczyć stosownie do zapotrzebowanej ilości produktów z zaokrągleniem w górę do całkowitej liczby opakowań, gdy uzyskana wielkość nie będzie liczbą całkowitą.

**Oświadczamy, że oferowane produkty spełniają wszystkie opisane wyżej wymagania**

**Informacja:**  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych – Samodzielny Publiczny Zespół opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnystaw , KRS 0000097765 w celu związanym z prowadzonym postępowaniem „na dostawę rękawic diagnostycznych i do procedur podwyższonego ryzyka – powtórka ”

Oświadczam, że dane osobowe podaję dobrowolnie i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej Załącznik Nr 2 do zaproszenia do składania ofert w postępowaniu na „na dostawę rękawic diagnostycznych i do procedur podwyższonego ryzyka – powtórka ” w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, który to fakt potwierdzam własnoręcznym podpisem.

1. Oświadczam, że wraz z ofertą składam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

…………………………………………………………………….

…………………………………… ……………………………………………………

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*