

DPS.AG.257.5./2024

OFERTA - FORMULARZ ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Dostawca: Nazwa i adres:

.....
.....

Telefon.....e-mail:

Odpowiadając na zapytanie ofertowe "Dostawa artykułów medycznych dla Domu Pomocy Społecznej w Ruskich Piaskach składamy ofertę na artykuły medyczne zgodnie z zamieszczonym formularzem asortymentowo-cenowym:

Lp.	Nazwa asortymentu	Ilość	Dofinanan. NFZ	Dopłata mieszkańca	Dopłata DPS	Cena jedn. brutto	Wartość brutto =(ilość x cena jednost. brutto)
1.	Pieluchomajtki Seni L	7700 szt					
2.	Pieluchomajtki Seni XL	3800 szt					
3.	Pieluchomajtki Seni Plus L	3700 szt					
4.	Pieluchomajtki Seni Plus XL	3500 szt					
5.	Majtki chłonne dzienne L	1400 szt					
6.	Majtki chłonne dzienne XL	1400 szt					
7.	Wkładka anatom. dla kobiet Seni Ledy Super	700 szt					
8.	Medicarine (opk. 300 tabl.)	10 op	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
9.	Rękawice jedn. (100 szt) (nitrylowe)	200 op	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
10.	Płyn do odkażania skóry (np Skinsept Pur) op 1 litr	5 szt	XXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXX		
11.	Płyn do dezynfekcji rąk opak. 5 litrów	5 szt	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
12.	Płyn do dezynf. powierzchni (Incidur) 5 litrów	5szt	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
13.	Śliniaki higien. (op 100 szt)	100 op	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
14.	Chustki pielęgnacyjne (30x20cm, op 80szt)	30 p	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		
15.	Lignina płaty (op 5 kg)	50 op	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX		

16	Pianka myjąco-pieleg 500 ml	120 szt	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXX			
17	Podkłady higieniczne Seni (op30sztuk, wym. 90x170)	20 op	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX			
18	Podkłady higieniczne Seni (op30sztuk, wym. 60x90)	20 op	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX			
19	Ręcznik medyczny włóknin. 70x40 op. 100 szt	20 op						
Razem od poz. 1 do poz. 19 wartość:								

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Cena brutto oferty:..... zł

Słownie:.....
.....

.....
Data, pieczęć firmowa

.....
podpis osoby uprawnionej