

.....  
(nazwa i adres dostawcy)

.....  
(numer wpisu do rejestru)

**Powiat Zduńskowolski  
Dom Pomocy Społecznej  
ul. Łaska 42  
98-220 Zduńska Wola**

### O F E R T A

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert, składam ofertę do postępowania pn. „Zakup leków i środków opatrunkowych do Domu Pomocy Społecznej w Zduńskiej Woli” nr sprawy DPS.ZAG.361.1.7.2019 w zakresie, terminie i na warunkach określonych w zaproszeniu do składania ofert.

| Lp. | Asortyment                         | jm.  | Cena brutto w zł. | Roczne zapotrzebowanie | Wartość brutto w zł. |
|-----|------------------------------------|------|-------------------|------------------------|----------------------|
| 1   | Woda utleniona 100 g               | szt. |                   | 10                     |                      |
| 2   | Alantan krem                       | szt. |                   | 20                     |                      |
| 3   | Altacet 6 tabl.                    | op.  |                   | 5                      |                      |
| 4   | Termcool – maść na oparzenia 5 g   | szt. |                   | 10                     |                      |
| 5   | Kodan – płyn do dezynfekcji rąk 1l | szt. |                   | 5                      |                      |
| 6   | Voltaren żel 100 g                 | szt. |                   | 10                     |                      |
| 7   | Plaster z opatrunkiem 1m x 8 cm    | szt. |                   | 20                     |                      |
| 8   | Plaster na kółku 5 m x 25 mm       | szt. |                   | 20                     |                      |
| 9   | Kompresy gazowe 10 cm x 10 cm      | op.  |                   | 150                    |                      |
| 10  | Kompresy gazowe 7,5 cm x 7,5 cm    | op.  |                   | 50                     |                      |
| 11  | Opaska dziana Matovis 10 cm x 4 m  | szt. |                   | 150                    |                      |
| 12  | Krople żołądkowe 35 g              | szt. |                   | 10                     |                      |
| 13  | Nervosol 35 g                      | szt. |                   | 5                      |                      |
| 14  | Sól fizjologiczna 5ml              | szt. |                   | 30                     |                      |
| 15  | Altaziaja żel 75 g                 | szt. |                   | 10                     |                      |
| 16  | Sudocrem 250 g                     | szt. |                   | 30                     |                      |

|    |                            |      |  |    |  |
|----|----------------------------|------|--|----|--|
| 17 | Pyralgina 6 tabletek       | szt. |  | 20 |  |
| 18 | Nifuroksazyd 24 tabletki   | szt. |  | 10 |  |
| 19 | Scorbolamid 20 tabletek    | szt. |  | 10 |  |
| 20 | Polopiryna „S” 20 tabletek | szt. |  | 10 |  |
| 21 | Linomag                    | szt. |  | 10 |  |
| 22 | Apap 6 tabletek            | szt. |  | 10 |  |
| 23 | Rivanolum płyn 0,1% 150g   | szt. |  | 5  |  |

Całkowita wartość za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi .....zł

(słownie złotych: .....

.....).

1. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: 01.01.2020 – 31.12.2020.
2. Oświadczam, że:
  - a) zawarte w zaproszeniu do złożenia oferty warunki umowy akceptuję i zobowiązuję się w przypadku przyjęcia mojej oferty jako najkorzystniejszej do jej zawarcia na ww. warunkach;
  - b) posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia;
  - c) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję lub będę dysponował potencjałem technicznym a także osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
  - d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
  - e) nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

.....  
(podpis)