Zał. nr 1 do zaproszenia

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   **Lp.** | ***Przedmiot zamówienia*** | **j. m.** | **ilość** | **Cena****jedn.****netto(zł)** | **Cena netto****za całość asortymentu** | **VAT****%****stawka i kwota** | **Cena brutto****za całość asortymentu** | **Opis oferowanego produktu (potwierdzający parametry z kolumny 2),** **Nazwa producenta,****nr katalogu**  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Rękawice diagnostyczne nitrylowe, bezpudrowe, teksturowane na końcach palców, płaski rolowany brzeg, AQL=1,0 - 15 pkt, AQL= 1,5 - 0 pkt, spełniające normy PN-EN 455 1-2-3-4, PN-EN 374-1 z wył. pkt.5.3.2, 374-2, 374 - 3, wolne od protein lateksu, posiadające wysoką odporność na ścieranie i przebicie, siła zrywu przed starzeniem min. 9 N, rozmiar: XS,S,M,L, XL pakowane w opakowania po 100 szt. Grubość rękawicy na palcu w granicach 0,10 mm - 0,14 mm. Preferowane grubości: 0,12 mm - 10 pkt., 0,10 mm - 0 pkt., 0,11 mm - 5 pkt., 0,13 - 5 pkt., 0,14 - 0 pkt  | op. | 5 000 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

 **……………………………..**

 **(podpis wykonawcy)**

**Pakiet nr 2**

**Rękawice chirurgiczne powinny być pakowane zgodnie z normami w taki sposób aby zachowała była szczelność rękawic**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   **Lp.** | ***Przedmiot zamówienia*** | **j. m.** | **ilość** | **Cena****jedn.****netto(zł)** | **Cena netto****za całość asortymentu** | **VAT****%****stawka i kwota** | **Cena brutto****za całość asortymentu** | **Opis oferowanego produktu (potwierdzający parametry z kolumny 2),** **Nazwa producenta,****nr katalogu**  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Rękawice chirurgiczne, bezpudrowe, bez zawartości lateksu i protein, wykonane z neoprenu, kolor zielony, powierzchnia zewnętrzna mikroteksturowana, silikowana i chlorowana, jałowe, jednorazowego użytku, mankiet prosty zaopatrzony w opaskę samoprzlepną - 10 pkt, mankiet rolowany - 0 pkt. Grubość na palce 0.185 mm, grubość na dłoni 0,175 mm i mankiecie 0,160 mm. Sterylizowane radiacyjnie. Poziom AQL 1,0. Zgodnie z normą EN-455-1. Szczelnie pakowane parami, żróżnicowane na prawą i lewą dłoń. Pakowane po 50 par.  | op. | 2 500 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

 **……………………………..**

 **(podpis wykonawcy)**

**Pakiet nr 3**

**Rękawice chirurgiczne powinny być pakowane zgodnie z normami w taki sposób aby zachowała była szczelność rękawic. Wymagane badania laboratoryjne zlecone przez niezależne podmioty, nie starsze niż 2013 potwierdzające ilość zawartych protein**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   **Lp.** | ***Przedmiot zamówienia*** | **j. m.** | **ilość** | **Cena****jedn.****netto(zł)** | **Cena netto****za całość asortymentu** | **VAT****%****stawka i kwota** | **Cena brutto****za całość asortymentu** | **Opis oferowanego produktu (potwierdzający parametry z kolumny 2),** **Nazwa producenta,****nr katalogu**  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | Rękawice chirurgiczne , lekko pudrowane skrobią kukurydzianą, chropowate, jałowe, jednorazowego użytku , wykonane z najwyższej jakości mleczka lateksowego, o obniżonej zwartości protein, posiadające prosty, wzmocniony, nierolowany mankiet. Sterylizowane radiacyjnie, AQL 1,0 pakowane po 40 par (Sensi- Touch lub równoważne) . Dopuszcza się rękawice pakowane po 50 par z odpowiednim przeliczeniem.  | para | 7 000 |  |  |  |  |  |
| 2 | Rękawice chirurgiczne, bezpudrowe, bez zawartości lateksu i protein, wykonane z neoprenu, powierzchnia zewnętrzna mikroteksturowana, silikonowana i chlorowana, jałowe, jednorazowego użytku , **mankiet prosty zaopatrzony w opaskę samoprzylepną -10 pkt, mankiet rolowany - 0 pkt.** Sterylizowane radiacyjnie, AQL 1,0 , odpowiadające normom PN-EN 455-1,2,3,4 oraz PN-EN 374-3  | para | 2 000 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |

 **……………………………..**

 **(podpis wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na sukcesywną *dostawę rękawic diagnostycznych oraz chirurgicznych, znak postępowania: A.ZP-24-11/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**PAKIET NR 1\***

**Cena netto za całość dostawy ………………………………………………………. zł**

**Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł**

**Cena brutto za całość dostawy : …………………………………………………… zł**

**( słownie: ……………………………………………………………………… zł)**

**PAKIET NR 2\***

**Cena netto za całość dostawy ………………………………………………………. zł**

**Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł**

**Cena brutto za całość dostawy : …………………………………………………… zł**

**( słownie: ……………………………………………………………………… zł)**

**PAKIET NR 3\***

**Cena netto za całość dostawy ………………………………………………………. zł**

**Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł**

**Cena brutto za całość dostawy : …………………………………………………… zł**

**( słownie: ……………………………………………………………………… zł)**

Cena ta została obliczona na podstawie kalkulacji stanowiącej załącznik nr 1 do zaproszenia.

Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia będę(my) dostarczać sukcesywnie w terminie: 12 miesięcy od daty podpisania umowy

Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia będę(my) dostarczać w terminie …….. dni roboczych ( max. 5 dni) od daty złożenia zamówienia.

Oświadczam(y), że gwarantuję(my) odpowiednio długi okres ważności dostarczanych produktów (min. 1 rok).

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21 dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

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

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

 następujący zakres rzeczowy\*:

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

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

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

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*