**Formularz ofertowy**

na wykonanie zadania: „Sukcesywna dostawa pieluchomajtek, anatomicznych majtek chłonnych, anatomicznych wkładek urologicznych dla kobiet i podkładów jednorazowych chłonnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8”.

**I. Nazwa zamawiającego: Dom Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią**

**w Szymiszowie i filią w Leśnicy**

Kierownik zamawiającego: Dyrektor DPS Pani Jolanta Osuch

ul. Strażacka 8**,** kod: 47-100

Miejscowość: Strzelce Op. Powiat: strzelecki

e-mail: przetargi@dps.strzelceop.pl

tel. /fax 077/461-34-80

**II. Nazwa i adres Wykonawcy:**

Nazwa………………………………………………………………………………………...

Siedziba ………………………………………………………………………………………

Województwo ………………………………………………………………………………..

Nr telefonu ……………………………………………………………………………………

Nr faksu ……………………………………………………………………………………..

**III. Nazwa i przedmiot zamówienia:**

„Sukcesywna dostawa pieluchomajtek, anatomicznych majtek chłonnych, anatomicznych wkładek urologicznych dla kobiet i podkładów jednorazowych chłonnych dla Domu Pomocy Społecznej w Strzelcach Op. z filią w Szymiszowie i filią w Leśnicy ul. Strażacka 8”.

**IV. Wartość zamówienia:**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

**Załącznik nr 1:\*** Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

**Załącznik nr 2\* :**

Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

**Załącznik nr 3\*:**

Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

**Załącznik nr 4\*:**

Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

**Załącznik nr 5\*:**

Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

**Załącznik nr 6\*:**

Kwota netto ………………………………….. zł

(słownie: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota podatku VAT …………………………………. zł

(słownie: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………)

Kwota brutto ………………………………… zł

(słownie: ……………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………).

**1. po refundacji z NFZ – do zapłaty przez DPS …………………..................................**

 **(słownie: …………………………………………………………………………………. )**

**2. do zapłaty przez mieszkańca …………………………………………………………..**

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

Wynagrodzeniem określonym w umowie z wybranym oferentem będzie kwota wartości brutto, wskazana jako „odpłatność po refundacji z NFZ do zapłaty przez DPS”.

2**. Deklaruję ponadto: \***

a) termin wykonania zamówienia: do dnia 31.12.2025r.

b) okres gwarancji:

c) warunki płatności: …………………………………………………………………………

3. **Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącego integralną część oferty są: \***

1.Załącznik nr 1, 2, 3, 4, 5,6 \*

2.Wykonawca może złożyć ofertę na całość jak również na jedną z w/w części zamówienia (załącznik nr 1, 2, 3,4, 5,6 ).

3.Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia w ofercie atestu i certyfikatu CE oraz kart charakterystyki na oferowany produkt, które należy dołączyć w formie kserokopii do oferty – Załącznik nr 7.

4. Wykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty 2 szt pieluchomajtki rozmiar M – dzienny i nocny.

…………………………………………..

 miejscowość, data

 ……………………………………..

 podpis i pieczęć Wykonawcy

\* niepotrzebną część skreślić