FORMULARZ OFERTY
na usługi o wartości netto poniżej kwoty określonej w art. 4 pkt 8

w Prawie zamówień publicznych

I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO:

Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu, ul. Jodłowa 59, 41-800 Zabrze

Sprawę prowadzi: Marek Braszczok, tel. 886361540

e – mail: oferty@muzeumgornictwa.pl

**II. Nazwa przedmiotu zamówienia:**

Zakup sprzętu i materiałów do pierwszej pomocy

**III. Nazwa i adres WYKONAWCY:**

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

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

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

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za ceny:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Sprzęt | Cena za 1 sztukę NETTO | Stawka VAT za 1 sztukę | Cena za 1 sztukę BRUTTO | Wymagana ilość sprzętu | Cena za wymaganą ilość sprzętuNETTO | Stawka VAT | Cena za wymaganą ilość sprzętu BRUTTO |
| 1. | Przemysłowa apteczka pierwszej pomocy w walizce z tworzywa (1x DIN 13164) |  |  |  | 9 |  |  |  |
| 2. | Przemysłowa apteczka pierwszej pomocy w walizce z tworzywa (2x DIN 13164) |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 3. | Wodoodporna apteczka pierwszej pomocy (1x DIN 13164) |  |  |  | 2 |  |  |  |
| 4. | Koc ratunkowy - termiczny 160 x 210 cm kolor srebrno / złoty |  |  |  | 10 |  |  |  |
| 5. | Plastry opatrunkowe uniwersalne  |  |  |  | 50 |  |  |  |
| 6. | Kompres 10cm x 10cm sterylny |  |  |  | 30 |  |  |  |
| 7. | Opaska elastyczna 4m x 8cm sterylna |  |  |  | 30 |  |  |  |
| 8. | Opatrunek indywidualny M sterylny |  |  |  | 30 |  |  |  |
| 9. | Nosze transportowe – płachtowe z kieszenią zapobiegającą obsuwaniu się przenoszonego |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 10. | Nosze transportowe – sztywne typu deska ortopedyczna z pasami bezpieczeństwa i stabilizatorem głowy |  |  |  | 2 |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  | 168 | \* |  | \* |

\*kwota służąca jedynie do porównania ofert.

2. Oświadczam, że dostarczony sprzęt będzie fabrycznie nowy.

3. Oświadczam, że pokrywam koszt dostawy wyżej wymienionego sprzętu medycznego
i materiałów do Hostelu „Guido” przy ul. 3go Maja 93A w Zabrzu.

4. Oświadczam, że udzielam 36 miesięcznej gwarancji na zakupiony sprzęt medyczny liczony od dnia podpisania protokołu odbioru.

5. Oświadczam, że termin ważności wkładów sterylnych do apteczek i materiałów opatrunkowych jest ważny minimum do 2022 roku.

6. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego
 zastrzeżeń.

7. Załącznikiem do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

1. KRS/Wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej –
z ostatnich 6 miesięcy.

................................, dn. ............................

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

/*podpis(y) i pieczęć (cie) osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy/*