Załącznik Nr 1

**O F E R T A CENOWA**

**W POSTĘPOWANIU O WARTOŚCI NIE PRZEKRACZAJĄCEJ KWOTY OKREŚLONEJ**

**w art. 2 ust. 1 pkt 1) ustawy  z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych**

(Dz.U. 2019 poz. 2019 ze zm.)

Nazwa i siedziba Wykonawcy ......................................................................................................................................................................................

tel/fax .............................................................................................................................................

e-mail: .............................................................................................................................................

Nazwa i siedziba Zamawiającego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dęblinie ul. Rynek 14, 08-530 Dęblin.

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na: Zakup wraz z dostawą szczepionek na potrzeby SPZOZ w Dęblinie, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia z opisem | J.m. | Cena jedn. netto | Ilość | Wartość netto | Stawka podatku VAT % | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **SZCZEPIONKI** | | | | | | | |
|  | Euvax/1 ml | szt. |  | 80 |  |  |  |
|  | Pentaxim/0,5 ml | szt. |  | 20 |  |  |  |
|  | Hexacima 0,5 ml | szt. |  | 80 |  |  |  |
|  | Vaxi-grip | szt |  | 40 |  |  |  |
|  | FSME (kleszczowe zap. mózgu) dla dzieci | szt. |  | 10 |  |  |  |
|  | FSME (kleszczowe zap. mózgu) dla dorosłych | szt. |  | 30 |  |  |  |
| **Wartość zamówienia** | | | | |  |  |  |

***Uwaga! Cena uwzględnia wszelkie koszty związane z wykonaniem zamówienia łącznie z dostawą towaru do Zamawiającego.***

Oferujemy kompleksowe wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w niniejszym formularzu za cenę w wysokości:

wartość netto ............................................................. zł

podatek VAT ................%, ....................................... zł

wartość brutto ...............................................................zł

(słownie: ...................................................................................................................................................................................................................)

Akceptujemy termin realizacji umowy przez okres 12 miesięcy, sukcesywnie, według potrzeb Zamawiającego.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zaproszenia do złożenia oferty oraz Projektem umowy i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń, uzyskaliśmy wszystkie niezbędne informacje do złożenia oferty.

Załączniki:

1. odpis z właściwego rejestru lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),

1. pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu albo do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy (w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia).\*
2. parafowany wzór umowy

\*niepotrzebne skreślić

..............................................................   
 /Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy/