



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Chorób Płuc i Gruźlicy  
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe  
NIP: 9680665587  
REGON: 000314750  
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02  
(+48) 62 761 25 05  
fax: (+48) 62 761 25 08  
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego

....., dnia.....

**Wojewódzki Specjalistyczny Zespół  
Zakładów Zdrowotnych Chorób Płuc i Gruźlicy  
w Wolicy k/Kalisza**

### FORMULARZ OFERTY

Składając ofertę na dostawę **materiałów ochronnych dla Personelu Projektu pt. „Opracowanie i weryfikacja skuteczności nowego narzędzia immunodiagnostycznego COVID-19”**, w imieniu reprezentowanego Wykonawcy tj.

.....  
(należy podać nazwę, NIP i adres Wykonawcy np. w formie pieczęci)

oświadczam, iż:

1.Oferuję za wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem i warunkami zawartymi w Zapytaniu ofertowym następujące ceny:

<b>Część 1: dostawa lamp bakteriobójczych przepływowych</b>					
Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] <b>kol.4 x kol.5</b>
1	2	3	4	5	6
1.	lampa bakteriobójcza przepływowa	szt.	5		
Razem wartość netto [PLN]					.
Podatek VAT [%]					.
Wartość brutto [PLN]					.



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Chorób Płuc i Gruzlicy  
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe  
NIP: 9680665587  
REGON: 000314750  
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02  
(+48) 62 761 25 05  
fax: (+48) 62 761 25 08  
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

www.szpital.wolica.pl

<b>Część 2: dostawa materiałów ochronnych do dezynfekcji indywidualnej</b>					
Lp.	Nazwa artykułu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN] kol.4 x kol.5
1	2	3	4	5	6
1.	stacja do dezynfekcji rąk	szt.	7		
2.	płyn do dezynfekcji rąk	op. (5l.)	20		
Razem wartość netto [PLN]					
Podatek VAT [%]					
Wartość brutto [PLN]					

## 2.Parametry minimalne:

Nazwa asortymentu	Parametr wskazany w zapytaniu	Parametr oferowany
<b>Część 1: dostawa lamp bakteriobójczych przepływowych</b>		
Lampa bakteriobójcza  (jednakowe parametry dla wszystkich lamp)	typ lampy: przepływowa	
	mocowanie: statyw jezdny	
	powierzchnia (zasięg) działania lampy: min. 50m2	
	wydajność wentylatora: min. 130m3	
	trwałość promienników: min. 9 000 godzin	
	elementy dodatkowe: licznik czasu pracy promienników	
	gwarancja: min. 24 miesiące	
<b>Część 2: dostawa materiałów ochronnych do dezynfekcji indywidualnej</b>		
Stacja do dezynfekcji rąk  (jednakowe parametry dla wszystkich stacji)	stacja bezdotykowa, wolnostojąca	
	wykonana z materiałów odpornych na korozję	
	pojemnik na płyn dezynfekujący o pojemności min. 5 l	
	zasilanie sieciowo-akumulatorowe	
	w zestawie min. akumulator i ładowarka/zasilacz	
	gwarancja min. 12 miesięcy	
Płyn do dezynfekcji rąk  (jednakowe parametry dla wszystkich płynów)	płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk	
	opakowanie 5 litrowe	
	do stosowania w dozownikach płynów dezynfekujących	
	wyrób zgodny min. z normą PN-EN 1500 i PN-EN 12791	
	termin ważności produktu minimum 12 miesięcy	



Wojewódzki Specjalistyczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Chorób Płuc i Gruzlicy  
w Wolicy k/Kalisza

62-872 Godziesze Małe  
NIP: 9680665587  
REGON: 000314750  
KRS: 0000001953

tel.: (+48) 62 761 25 02  
(+48) 62 761 25 05  
fax: (+48) 62 761 25 08  
e-mail: dyrektor@szpital.wolica.pl

[www.szpital.wolica.pl](http://www.szpital.wolica.pl)

3. Oświadczam, że:

- a. wyżej wymieniony towar, na dostawę którego składałem ofertę, dostarczę do siedziby Zamawiającego w terminie do **14 dni** kalendarzowych od dnia zamówienia.
- b. oferowana przeze mnie cena uwzględnia wszystkie zobowiązania oraz wszystkie koszty, w tym koszty dostawy, związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym,
- c. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej przedmiotem zamówienia oraz dysponuję doświadczeniem, potencjałem technicznym i osobowym umożliwiającym realizację zamówienia,
- d. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej wykonanie zamówienia,
- e. zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego i akceptuję jego treść, w tym warunki płatności, oraz zdobyłem wszelkie niezbędne informacje do opracowania oferty,
- f. wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

4. Dane teled adresowe do prowadzenia korespondencji:

Nazwa firmy: .....  
Adres: .....  
tel. ...., e-mail.....

5. Oświadczam, iż podane przeze mnie dane osobowe są prawdziwe i aktualne.

.....  
(podpis, pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)  
(podpisy, pieczęć osoby/osób upoważnionych)