***Załącznik nr 4***

…………………………………………… …………………………………………
 (pieczątka wykonawcy) (miejscowość, data)

 **Do:**

**Samodzielny Publiczny Zakład**

**Opieki Zdrowotnej w Barcinie**

**ul. Mogileńska 5**

**88-190 Barcin**

Wykonawca………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………………………

REGON………………………………………………….. NIP………………………………………………………

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

e-mail…………………………………………………… e-mail do zamówień ……………………………………………………

**Oferta**

Odpowiadając na zapytanie ofertowe przedstawiam oferty na zadanie pn.:

***„Dostawa dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Barcinie***

***środków dezynfekcyjnych .”***

Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia, zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia, za cenę brutto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu jednorazowego użytku**  | **Szacunkowe zapotrzebowanie roczne**  | **Cena jednostkowa brutto**  | **Uwagi** |
| 1 | ANIOSYME DD1 1 LITR \* | 20 |  |  |
| 2 | BIOSEPTOL 500 ml do rąk\* | 30 |  |  |
| 3 | BIOSEPTOL 500 ml do rąk z atomizerem\* | 20 |  |  |
| 4 | BIOSEPTOL do rąk 1 l \* | 30 |  |  |
| 5 | BIOSEPTOL do rąk 5 l\* | 10 |  |  |
| 6 | BIOSEPTOL do powierzchni 600 ml\* | 15 |  |  |
| 7 | BIOSEPTOL do powierzchni 600 ml z atomizerem\* | 10 |  |  |
| 8 | BIOSEPTOL do powierzchni 5 l\* | 10 |  |  |
| 9 | BORTHAN AF 1 L\* | 12 |  |  |
| 10 | SILONDA 500 ml\* | 15 |  |  |
| 11 | SILONDA LIPID\* | 10 |  |  |
| 12 | SKINSEPT PUR 350 ml\* | 8 |  |  |
| 13 | SKINSEPT PUR 5 L\* | 4 |  |  |
| 14 | MEDICARINE 1 kg.\* | 2 |  |  |
| 15 | GAZIKI „LEKO” ZE SPIRYTUSEM (OP100 lub 200 szt)\* | 20 |  |  |
| 16 | QUATRODES DRK\* | 3 |  |  |
| 17 | INCIDIN LIQUD 1L\* | 5 |  |  |
| 18 | PROPANO AF 1000 ml\* | 10 |  |  |
| 19 | MANISOFT 500 ml\* | 15 |  |  |
| 20 | MANISOFT 6 L\* | 2 |  |  |
| 21 | SPITADERM 500 ml\* | 20 |  |  |
| 22 | SPITADERM 5 L\* | 3 |  |  |
| 23 | SKINMAN SOFT 500 ml\* | 15 |  |  |
| 24 | SKINMAN SOFT 5 L\* | 3 |  |  |
| 25 | SINMANSOFT PROTECT 500 ml\* | 15 |  |  |
| 26 | SINMANSOFT PROTECT 5 l\* | 4 |  |  |
| 27 | INCIDUR 650 ml \* | 10 |  |  |
| 28 | INCIDUR 5 L\* | 3 |  |  |
| 29 | SEKUDRIL + aktywator 2 L\* | 4 |  |  |
| 30 | SECUSEPT PULVER 2 kg. + aktywator\* | 4 |  |  |
| 31 | QUATRODES PROTEKT 1 L\* | 3 |  |  |
| 32 | VELOX AF 5 L\* | 5 |  |  |
| 33 | VELOX AF 1 L\* | 5 |  |  |
| 34 | VELOX AF 1 l z atomizerem \* | 5 |  |  |
| 35 | Velox chusteczki bezalkoholowe w zamykanej tubie\* | 15 |  |  |
| 36 | Velox chusteczki bezalkoholowe wkład\* | 20 |  |  |
| 37 | Velox chusteczki alkoholowe w zamykanej tubie\* | 50 |  |  |
| 38 | Velox chusteczki alkoholowe wkład\* | 50 |  |  |
| 39 | Chusteczki alkoholowe Super Sani-Clothi Plus Wipes w zamykanej tubie 200 szt \* | 30 |  |  |
| 40 | Cleanisept WIPES bezalkoholowe w zamykanej tubie\* | 5 |  |  |
| 41 | ANIOS Gel 85 NPC 500 ml \* | 10 |  |  |
| 42 | MIkrozid AF liquid 1 l \* | 5 |  |  |
| 43 | Mikrozid AF ;iquid 1 l z atomizerem \* | 5 |  |  |
| 44 | Sensiva Skin Care 500 zml\* | 10 |  |  |
| 45 | Medivad do rąk 500 ml \* | 10 |  |  |
| 46 | Veldex Silc do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk \* | 15 |  |  |
| 47 | Med. Hygienic – gazik do dezynfekcji, odkażania skóry opakoeanie opakowanie 100 szt.  | 5 |  |  |

\*do wyboru przez Zamawiającego , Zamawiający dopuszcza zamienniki, nazwę zamiennika proszę wpisać w rubryce uwagi;

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zapytaniem i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, oraz zdobyłem potrzebne informacje do przygotowania oferty.
2. Przedmiot zamówienia zrealizuję w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
3. Akceptuję termin płatności za faktury w terminie 21 dni od dnia dokonania odbioru przedmiotu zamówienia i otrzymania faktury.
4. Oświadczam, że zawarte w zapytaniu ofertowym do złożenia oferty warunki umowy akceptuję
i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na tych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że towar będący przedmiotem umowy spełnia wszystkie obowiązujące normy jakościowe i jest dopuszczony do obiegu.
6. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w okolicznościach, o którym mowa w art., 108 NPZP.

………………………………………………….
(podpis i pieczątka wykonawcy)