

DAG.I.26.3.2025

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY

Składając w imieniu :

.....
(pełna nazwa i adres Oferenta)

ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawy pieluchomajtek na potrzeby Domu Pomocy Społecznej w Matczynie, Matczyn 4, 24-200 Bełżyce
oferuję realizację zamówienia zgodnie, z poniższym wykazem asortymentowo - ilościowo – cenowym:

lp	Wyszczególnienie	Ilość (szt)	Cena za 1 szt netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	VAT (PLN)	Wartość brutto (PLN)	Wartość dopłaty mieszkańca brutto (PLN)	Wartość dopłaty NFZ brutto (PLN)	Wartość dopłaty DPS netto (PLN)	DPS VAT (PLN)	Wartość dopłaty DPS brutto (PLN)
1	Pieluchomajtki Rozm. S, KOD NFZ – Y.06.01.00.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	900									
2	Pieluchomajtki Rozm. M, KOD NFZ – Y.06.01.00.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	14500									
3	Pieluchomajtki Rozm. L, KOD NFZ – P.100.PM2/P.101.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	12130									
4	Pieluchomajtki Rozm. XL, KOD NFZ – Y.06.01.00.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2160									
5	Majtki chłonne Normal rozm.M, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH1 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2700									
6	Majtki chłonne Normal rozm.L, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH1 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2400									
7	Majtki chłonne Normal rozm.XL, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH1 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2250									
8	Majtki chłonne SUPER rozm.M, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	840									

9	Majtki chłonne SUPER rozm.L, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	1080									
10	Majtki chłonne SUPER rozm.XL, KOD NFZ- Y.06.01.00.MCH2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2370									
11	Pieluchomajtki Rozm. S, KOD NFZ - Y.06.01.00.PP zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	6100									
12	Pieluchomajtki Rozm. M, KOD NFZ - Y.06.01.00.PP zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	51720									
13	Pieluchomajtki Rozm. L, KOD NFZ - Y.06.01.00.PP zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	8840									
14	Pieluchomajtki Rozm.XL, KOD NFZ - Y.06.01.00.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	2640									
15	Pieluchomajtki Rozm. M, KOD NFZ - Y.06.01.00.PM 2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	6930									
16	Pieluchomajtki Rozm. L, KOD NFZ - Y.06.01.00.PM2 zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	1650									
17	Wkładki anatomiczne pieluchomajtki anatomiczne , KOD NFZ- Y.06.01.00.PW zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia	780									
	RAZEM	119990									

**Szczegółowy wykaz "DOSTAWA PIELUCHOMAJTEK DLA DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
W MATCZYNIE stanowiący przedmiot zamówienia**

PPRZEDMIOT ZAMÓWIENIA	Ilość szt	DOPLATA DPS netto (PLN)	VAT (PLN)	DOPLATA DPS brutto (PLN)
Pieluchomajtki	119990			

1. Termin wykonania zamówienia - dostawy sukcesywne (partiami) w okresie od 01.04.2025 r. do 31.03.2026 r.
2. Okres związania ofertą wynosi 30 dni kalendarzowych, bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Warunki płatności - przelew bankowy, w ciągu 30 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.
4. Niniejszym oświadczamy, że:
 - a) zapoznaliśmy się ze wszystkimi możliwymi do przewidzenia okolicznościami co do ryzyka, trudności i wszelkich innych okoliczności, które mogą mieć wpływ na niniejszą ofertę i bierzemy pełną odpowiedzialność za wykonanie umowy;

ZAŁ NR 1_OFERT_CEN

- b) akceptujemy opis przedmiotu zamówienia i warunki zawarte w Istotnych Warunkach Zamówienia oraz wzór umowy w całości; w przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego;
- c) akceptujemy istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści zawieranej umowy,
- d) zapoznaliśmy się z klauzulą RODO dla DPS w Matczynie zał. Nr 5
- e) wszystkie podane informacje są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji;
- f) wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty oraz zawarciem umowy ponosi Dostawca, a w przypadku modyfikacji lub unieważnienia niniejszego postępowania i nieudzielenia zamówienia Dostawcy nie przysługują z tego tytułu żadne roszczenia.

4. Osoba do kontaktu ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko:

numer telefonu:

E-mail:

5. Osobami upoważnionymi do podpisania umowy są:

.....

.....

(miejscowość, data i czytelny podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)