**GŻ/230-1-12/17 ………………………………………………………**

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTY**

na: **Sukcesywne dostawy środków dezynfekcyjnych dla Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu (zakup poniżej 30 000 euro).**

 **Zamawiający:**

Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu

ul. Benedyktynów 4

59-241 Legnickie Pole

**I. Opis przedmiotu zamówienia:**

1.Przedmiotem zamówienia jest zakup i sukcesywne dostawy preparatów dezynfekcyjnych dla Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu. Szczegółowy opis znajduje się w pkt.II Formularzu asortymentowo-cenowym.

2.Ilości wskazane w formularzu asortymentowo- cenowym, są wielkościami orientacyjnymi, przyjętymi dla celu porównania ofert i wyboru najkorzystniejszej oferty. Wykonawcy, z którym Zamawiający podpisze umowę nie służy roszczenie o realizację dostawy w wielkościach podanych w poniższej tabeli.

3.Przedmiot zamówienia będzie dostarczany partiami, stosownie do potrzeb Zamawiającego.

4.Wielkość dostarczenia każdej partii towaru będzie wynikać z jednostronnej dyspozycji osób odpowiedzialnych za realizacji przedmiotu umowy.

5.Wykonawca dostarczy zamówiony towar swoim transportem, w ciągu 3 dni roboczych od złożenia zamówienia pod adres: Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu, ul. Benedyktynów 4, 59-241 Legnickie Pole w godz. 7.00 – 14.00. Dostawa obejmuje wniesienie przedmiotu dostawy do poszczególnych punktów odbioru towaru.

6.Zamawiający nie dopuszcza zakupu i dostawy produktów równoważnych.

7. Wykonawca po wybraniu jego oferty jako najkorzystniejszej dostarczy Zamawiającemu karty charakterystyki produktów.

8.Transport/koszty przesyłki na koszt Wykonawcy.

9.Termin zawarcia umowy: 01.01.-31.12.2018 r.

10.Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie zamieszczona na stronie: <http://www.dpslp.nbip.pl/dpslp/?id=34>

II. Formularz asortymentowo-cenowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **Szacunkowa ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Vat %** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Chloramina kg | **kg** | **205** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Preparat usuwający mocz URINE FREE 5L** | **szt** | **50** |  |  |  |  |  |
| 3 | **Preparat usuwający mocz URINE FREE 0,7L** | **szt** | **20** |  |  |  |  |  |
| 4 | **Uniwersalny preparat dezynfekcyjny VIRKON 200g** | **szt** | **32** |  |  |  |  |  |
| 5 | **Preparat do dezynfekcji powierzchni i sprzętu INCIDIN 0,65l** | **szt** | **53** |  |  |  |  |  |
| 6 | **Manusan 0,5L** | **szt** | **55** |  |  |  |  |  |
| 7 | **Skinsept pur 1L** | **szt** | **4** |  |  |  |  |  |
| 8 | **Uniwersalny proszek pioraco- dezynf. Clovin II Septon 15kg** | **szt** | **55** |  |  |  |  |  |
| 9 | **TENZI mydŁo antybakteryjne PERLL 5L** | **szt** | **16** |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |

**III. Kryterium oceny ofert:** najniższa cena.

**IV. Warunki płatności:** przelew 21 dni od poprawnie dostarczonej faktury do Sekretariatu Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu.

Dane do faktury:

**Dane do faktury:**

**Nabywca:**

Powiat Legnicki

ul. Plac Słowiański 1, 59-220 Legnica

NIP 691-22-26-286

**Odbiorca:**

Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu

ul. Benedyktynów 4, 59-241 Legnickie Pole

**NIP 691-22-26-286**

**V. Forma złożenia oferty:**

Ofertę na formularzu oferty należy złożyć w zapieczętowanej kopercie w terminie do 22 listopada 2017 r. do godz.14.30, w formie pisemnej (osobiście, listownie) na adres: Sekretariat Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu, ul. Benedyktynów 4, 59-241 Legnickie Pole. Kopertę należy opisać**:** **Sukcesywne dostawy środków dezynfekcyjnych dla Domu Pomocy Społecznej w Legnickim Polu- (zakup poniżej 30 000 euro)** *- nie otwierać przed 22 listopada 2017 r., godz.14.30”.*

**Pytania dotyczące przedmiotowego postępowania prosimy kierować pod adres e-mail: przetargi@dpslp.org.pl**

**VI. Nazwa i adres Wykonawcy:**

NAZWA:

ADRES:

Tel./Fax

NIP:

NR PESEL W przypadku, gdy Wykonawcą jest osoba fizyczna lub spółka cywilna (nr PESEL wspólników).

NR RACHUNKU BANKOWEGO:

**VII. Oferuję dostarczenie przedmiotu zamówienia za :**

Cenę netto: ……………………………………zł

Podatek VAT: ……………………………………zł

Cenę brutto: ……………………………………zł

Słownie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

………………………………………………..

 (miejscowość, data) …….………………………………………………

 (podpis osoby uprawnionej, pieczęć wykonawcy