……………………………

……………………………

.............................................

*(Dane Oferenta)*

***Zamawiający: Dariusz Suchenek NZOZ Akacja***

***Ul. Zakolejowa 19c, 07-200 Wyszków***

**OFERTA**

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert na usługę dostawy jednorazowych materiałów oraz sprzętu i wyposażenia wyżywienia dla pacjentów Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej, w ramach projektu realizowanego przez Dariusz Suchenek NZOZ AKACJA,

**oferujemy wykonanie zadania za cenę:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRODUKTY JEDNORAZOWE | | | |  |  |  |  |
| l.p | nazwa produktu | jednostka miary | ilość maksymalna | oferowana cena jednostkowa | razem (ilość x cena jednostkowa) | nazwa producenta | typ |
| 1 | Pieluchomajtki o zwiększonej chłonności, zapinane na rzepy, rozmiar XL | opakowanie | 300 |  |  |  |  |
| 2 | Pieluchomajtki o zwiększonej chłonności, zapinane na rzepy, rozmiar L | opakowanie | 700 |  |  |  |  |
| 3 | Majtki chłonne, rozmiar M | opakowanie | 150 |  |  |  |  |
| 4 | Majtki chłonne, rozmiar L | opakowanie | 150 |  |  |  |  |
| 5 | Podkłady higieniczne o wymiarach 90X60 cm | opakowanie | 600 |  |  |  |  |
| 6 | Chusteczki pielęgnacyjne,nawilżające, opakowanie z klapką | opakowanie | 1200 |  |  |  |  |
| 7 | Myjki niepodfoliowane | opakowanie | 1200 |  |  |  |  |
| 8 | Pianka myjąco-pielęgnacyjna | opakowanie | 600 |  |  |  |  |
| 9 | Rękawice jednorazowe nitrylowe, rozmiar L | opakowanie | 1000 |  |  |  |  |
| 10 | Rękawice jednorazowe nitrylowe, rozmiar M | opakowanie | 1000 |  |  |  |  |
| 11 | Olejek pielęgnacyjny, 1000 ml | sztuka | 40 |  |  |  |  |
| 12 | Krem ochronny z tlenkiem cynku, 100 ml | sztuka | 70 |  |  |  |  |
| 13 | Krem ochronny z argininą, 100 ml | sztuka | 70 |  |  |  |  |
| 14 | Pianka do usuwania plam i zapachu moczu | sztuka | 50 |  |  |  |  |
| SPRZĘT I WYPOSAŻENIE | | | |  |  |  |  |
| l.p. | nazwa produktu | jednostka miary | ilość | oferowana cena jednostkowa | razem | nazwa producenta | typ |
| 15 | Ssak elektryczny do toalety dróg oddechowych | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 16 | Inhalator (model do pracy ciągłej - 100% duty cycle) | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 17 | Ciśnieniomierze | sztuka | 2 |  |  |  |  |
| 18 | Pompa żywieniowa | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 19 | Stojaki do kroplówek | sztuka | 2 |  |  |  |  |
| 20 | Parawany lekarskie | sztuka | 2 |  |  |  |  |
| 21 | Defibrylator AED wraz z szafką ochronną | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 22 | Ręczny resuscytator silikonowy dla dorosłych wielokrotnego użytku | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 23 | Fotel zabiegowy | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 24 | Podnośnik transportowo-kąpielowy | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 25 | Fotele geriatryczne | sztuka | 2 |  |  |  |  |
| 26 | Wózek serwisowy do segregacji odpadów | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 27 | Wózek serwisowy | sztuka | 1 |  |  |  |  |
| 28 | Wózek specjalny pielęgnacyjny | sztuka | 1 |  |  |  |  |

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nim zawarte.
2. Przedmiot zamówienia zostanie zrealizowany zgodnie z warunkami i terminem zawartym w zapytaniu ofertowym, specyfikacji oraz opisie przedmiotu zamówienia.
3. Potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w tej ofercie.

Dane osoby do kontaktu (imię i nazwisko, tel.): ……………………………………………………………..

*……………………………………………………...…….*

*(miejscowość, data*

*podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*