***Załącznik Nr 6 do SIWZ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | | ***SPOSOB OBLICZANIA CENY*** | | | ……………………………………………………….  *Pieczęć Wykonawcy/Wykonawców* | *FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY*  *dla części 2 zamówienia* |   **Zamawiający:**  **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**  **WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO**  **09-400 PŁOCK, UL. GWARDII LUDOWEJ 5.**  **Przedmiot Zamówienia:**  **Dostawa pn.:** zakup leków, materiałów opatrunkowych i gazików nasączonych alkoholem w roku 2017 dla SP ZOZ WSPRiTS w Płocku.  **Oznaczone znakiem: TZPiZI-3813/02/D/17.**    **Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) | | ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… | | ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… |   *\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.* Ja/ My niżej podpisany/ni\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą Pzp” (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.) składam ofertę na: **Część 2** – zamówienia o nazwie: **produkty lecznicze zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe na** okres 12 miesięcy. |

**CZĘŚĆ/PAKIET 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Wartość netto***  obliczyć: 4 x 5) | ***Stawka  % VAT*** | ***Kwota***  ***VAT***  (obliczyć: 6 x 7) | ***Wartość***  ***brutto***  (obliczyć: 6 + 8) | ***Producent***  ***i nazwa leku*** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** | ***8.*** | ***9.*** | ***10.*** |
| 1. | Diazepam 0,01g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diazepam 0,005g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Diazepam 5mg/ml, amp 2ml op 5 amp | op. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Clonazepam 1mg/1ml, 10amp | op. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Midazolam 5mg/1ml, 10amp | op. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Ketaminum 50mg/1ml, 5 fiol po 10 ml | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Ketaminum 10mg/1ml, 5 fiol po 20 ml | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | **XX** |  |  | **XX** |

**UWAGA:** wypełniony formularz asortymentowo-cenowy należy dołączyć do formularza oferty

………………………………, dnia ………………………… 2017 r.

……………………………………………….

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**