**Formularz zapytania ofertowego**

Dane Przedsiębiorcy przystępującego do zamówienia w trybie zapytania ofertowego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane Przedsiębiorcy** | |
| 1. | Nazwa Przedsiębiorcy: |  |
| 2. | Adres Przedsiębiorcy: |  |
| 3. | NIP Przedsiębiorcy: |  |
| 4. | Imię i Nazwisko osoby kontaktowej: |  |
| 5. | Telefon do osoby kontaktowej: |  |
| 6. | Adres e-mail do osoby kontaktowej: |  |

**Opis przedmiotu zamówienia:**

Załącznik nr 1 - Szczegółowy opis planowanego zamówienia (Minimalne parametry towarów).

**Określenie wartości zakupu towarów:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT (zł)** | **Wartość bez podatku VAT (zł)** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość z podatkiem VAT (zł)** |
| **Część nr 1** | | | | | | | |
| 1. | Samochód ciężarowy z przyczepą | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Samochód ciężarowy - Chłodnia do transportu leków z przyczepą | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Część nr 2** | | | | | | | |
| 1. | Przyczepa sanitarna-toaletowo | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Część nr 3** | | | | | | | |
| 1. | Bus dostosowany dla osób z niepełnosprawnością z windą oraz przyczepą | szt. | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Samochód 4x4 z zabudową medyczną | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3. | Przyczepa z wyposażeniem medycznym do transportu pacjenta narażonego na czynniki z zakresu CBRN | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 4. | Samochód 4x4 7 osobowy z zabudową do transportu lekóworaz przyczepą | szt. | 2 |  |  |  |  |
| 5. | Ambulans do transportu pacjentów z częściowym wyposażeniem medycznym | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Część nr 4** | | | | | | | |
| 1. | Agregat prądotwórczy na przyczepie | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw banków zasilania z generatorami. | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Część nr 5** | | | | | | | |
| 1. | Respirator transportowy turbinowy | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 2. | Ssak elektryczny | szt. | 8 |  |  |  |  |
| 3. | Koncentrator tlenu | szt. | 2 |  |  |  |  |
| 4. | Analizator parametrów krytycznych krwi | szt. | 1 |  |  |  |  |
| 5. | Zestaw mobilnych głowic USG | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Część nr 6** | | | | | | | |
| 1. | Defibrylator | szt. | 6 |  |  |  |  |
| 2. | Defibrylator AED | szt. | 4 |  |  |  |  |
| 3. | Kardiomonitor | Szt. | 6 |  |  |  |  |
| **Część nr 7** | | | | | | | |
| 1. | Zestaw plecaków medycznych ALS z wyposażeniem | szt. | 10 |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw wyposażenia osobistego | szt. | 45 |  |  |  |  |
| 3. | System modułowych paneli medycznych typu Traumawall z wyposażeniem | szt. | 4 |  |  |  |  |
| 4. | Plecak do pierwszej pomocy | szt. | 8 |  |  |  |  |
| 5. | Zestaw uzupełnień sprzętu medycznego | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Część nr 8** | | | | | | | |
| 1. | Radiokomunikacja - zestaw | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Część nr 9** | | | | | | | |
| 1. | Zestaw lodówek do transportu leków | Szt. | 4 |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw testowania wody pitnej | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| 3. | Posiłki liofilizowane | Szt. | 1.000 |  |  |  |  |
| 4. | Zestaw namiotów sztabowo-szpitalnych | Szt. | 1 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ……………………………………………………… |
| (Pieczęć firmowa, data i podpis  osoby uprawnionej do reprezentowania Przedsiębiorcy) |