ZAMAWIAJĄCY	WARMIŃSKO – MAZURSKI ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ 11 – 400 KĘTRZYN ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78 tel. (089)750 30 35 tel. (089) 750 30 37 fax 89 750 37 26	WYKONAWCA	(pieczęć oferenta/ wykonawcy)

REGON: 510207605

Warunki płatności Przelewem w terminie 21 dni od daty otrzymania faktury			**Wstępne zapytanie z dnia** **07.06.2023r.**

Upoważniamy
Państwa firmę do wystawiania faktur VAT bez składania podpisu osoby uprawnionej(upoważnionej) ze strony Zamawiającego
Numer identyfikacji podatkowej Zamawiającego **NIP: 742 -000-73-89**, który prosimy umieścić na fakturze

	Leki		J.m.	Ilość	Cena jednostkowa brutto	Wartość całkowita brutto brutto	Termin ważności
1	Bisacodyl tbal. 5 mg	1 op./ 30 tabl.	Op.	5			Min.24 miesiące
2	Hydroxizinum tabl. 25 mg	1 op./ 30 tabl.	Op.	10			Min.24 miesiące
3	Cipronex 500 mg	1 op./10 tabl.	Op.	5			Min.24 miesiące
4	Clotrimazolum krem		Szt.	5			Min.24 miesiące
5	Oxycort	aerozol do stosowania na skórę, 32,25 g (55 ml)	Szt.	5			Min.24 miesiące
6	Detromecyna 2% maść	5 g	Szt.	5			Min.24 miesiące
7	Altacet żel	75 g	Szt.	20			Min.24 miesiące
8	Hydrocortisonum krem 5 mg/ g op. 15 g	Op. 15 g	Szt.	5			Min.24 miesiące
9	Pyralgina amp 2 ml.	1,0 g / 2 ml, 5 ampułek/ 1 op.	Op.	3			Min.24 miesiące
10	Ketonal amp.	10 ampułek a 2 ml	Op.	1			Min.24 miesiące
11	Hydroxyzinum amp.	5 amp. 2 ml/ op.	Op.	2			Min.24 miesiące
12	Captopril 12,5 mg	1 op./ 30 tabl.	Op.	4			Min.24 miesiące
13	Paski do zamykania ran	1 op./8 szt.	Op.	4			Min.24 miesiące

14	Bandaż dzianinowy 10 cm x 4m		Szt.	500			Min.24 miesiące
15	Bandaż elastyczny z zapinką 10 cm x 4 m		Szt.	50			Min.24 miesiące
16	Ibuprofen, 200 mg, kapsułki miękkie, 60 szt.	1 op./60 tabl.	Op.	20			Min.24 miesiące

WSTĘPNE WARUNKI ZAPYTANIA OFERTOWEGO:

1. **Termin realizacji dostawy po złożeniu przez nas zamówienia (zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą) w formie elektronicznej (dopuszczalna inna forma złożenia zamówienia / zapotrzebowania) w ciągu 7 dni roboczych od złożenia przez nas zamówienia OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W GODZINACH 8-14.**
2. W przypadku zainteresowania Naszym zapytaniem ofertowym proszę o uzupełnienie Oferty oraz przesłanie **do dnia 14.06.2023r. pocztą elektroniczną na adres: monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl**
3. Dane kontaktowe osoby ze strony Zamawiającego
   SŁUŻBA ZDROWIA W – MOSG Monika Nestorowicz 89 750 30 37, Osoba do kontaktów ze strony Oferenta - ..... tel. kontaktowy.....
   Koszt dostawy – po stronie oferenta / wykonawcy
4. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w ciągu 21 dni od daty otrzymania faktury VAT.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo pozostawić do dyspozycji Wykonawcy zamawiany towar nie odpowiadający wymogom jakościowym i zażądać od wykonawcy wymiany towaru na pełnowartościowy.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego na każdym etapie bez podania przyczyny(również po złożeniu i rozpatrzeniu ofert).
7. Ilość przedmiotów ujęta w kolumnie „ ilość" może ulec zmianie w zależności od wartości całkowitej oferty. Wykonawca nie będzie dochodził roszczeń w przypadku zmian ilości materiałów zamawianych na podstawie złożonego zamówienia.
8. Informacje dodatkowe – uzupełniające do Oferty ze strony Wykonawcy - .....
9. Z warunkami oferty zapoznałem się i akceptuję:.....
10. Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej pod adresem http://wm.strazgraniczna.pl/wm/rodo/28503,RODO.html

07.06.2023 Zastępca Kierownika
Służby Zdrowia W-MOSG w Kętrzynie
Józef WOŚ

ZASTĘPCA KIEROWNIKA
SŁUŻBY ZDROWIA
w Służbie Zdrowia
Warmińsko-Mazurskiego Oddziału
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie
lek. med. Józef WOŚ

.....
Data, podpis i pieczęć oferenta (Wykonawcy)