

Kętrzyn, dnia 16.02.2022 r.

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT CENOWYCH  
NA DOSTAWĘ ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ**

o wartości szacunkowej poniżej kwoty 130 000,00 zł netto

Kierownik Służby Zdrowia  
W-MOSG z siedzibą w Kętrzynie  
mjr SG Józef WOŚ

.....  
KIEROWNIK SŁUŻBY ZDROWIA-LEKARZ  
w Służbie Zdrowia  
Warmińsko - Mazurskiego Oddziału  
Straży Granicznej z siedzibą w Kętrzynie  
  
mjr SG Józef WOŚ

Dane Zamawiającego:

Warmińsko-Mazurski Oddział Straży Granicznej  
ul. gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn  
tel. (89) 750 30 37  
fax (89) 750 37 26  
monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl

- I. Ofertę należy złożyć na adres e-mail lub faksem (skan) do dnia **24.02.2022 r.**  
nr faksu W- MOSG (89) 750 37 26  
e-mail: [monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl](mailto:monika.nestorowicz@strazgraniczna.pl)

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od złożenia zamówienia**

- II. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **od 07.03.2022 r. do 21.03. 2022 r.**

- III. Do kontaktu upoważnieni są:

Pani Monika Nestorowicz – tel. 89 750 30 37

- IV. Opis przedmiotu zamówienia.

Przedmiotem zamówienia są środki ochrony indywidualnej zgodnie z poniższym opisem przedmiotu zamówienia:

**Zestaw nr 1**

**Maseczka ochronna jednorazowa FFP3**

- służą do ochrony dróg oddechowych przed aerozolami cząstek stałych i ciekłych, o ile stężenie fazy rozproszonej w aerozolu nie przekracza stężenia 20-krotności najwyższego dopuszczalnego stężenia

- maseczka musi posiadać zawór wydechowy,
- maseczka musi posiadać możliwość regulacji,
- produkt musi posiadać oznakowanie CE i musi być identyfikowalny, tzn. posiadać nazwę i numer.

Na opakowaniu maseczki filtrującej i na samym wyrobie powinny znaleźć się następujące informacje:

- oznaczenie producenta (nazwa lub znak handlowy);
  - typ maski (np. półmaska filtrująca do ochrony przed cząstkami);
  - numer i rok publikacji normy, którą producent zastosował w procedurze oceny zgodności (w przypadku półmasek filtrujących – PN-EN 149:2010);
  - symbole określające jej klasyfikację, np. FFP3 R D.
- termin ważności : **minimum 3 lata**

**Zestaw nr 2**

**Maska ochronna z filtrem KN 95/ FFP2**

- rozmiar: uniwersalny
- maska posiadająca warstwę filtrującą o klasie ochrony FFP2, która filtruje przynajmniej 95% zanieczyszczeń obecnych w powietrzu.

Na opakowaniu maseczki filtrującej i na samym wyrobie powinny znaleźć się następujące informacje:

- oznaczenie producenta (nazwa lub znak handlowy);
  - typ maski (np. półmaska filtrująca do ochrony przed cząstkami);
  - symbole określające jej klasyfikację, np. FFP2/KN95.
- termin ważności: **maksymalny określony przez producenta**

### **Zestaw nr 3**

#### **Maseczki ochronne jednorazowe (medyczne lub chirurgiczne)**

Maseczki ochronne jednorazowe (medyczne lub chirurgiczne) powinny spełniać następujące wymagania:

- a) produkt o cechach ochronnych, chroniących przed czynnikami biologicznymi;
- b) zgodność z normą EN 14683 lub równoważną;
- c) skuteczność filtracji bakteryjnej (BFE) jak dla masek typu II lub IIR;
- d) oddychalność (ciśnienie różnicowe – Pa), jak dla masek typu II lub IIR;
- e) biostatyczność (zachowanie czystości bakteryjnej) lub powinien być wykonany z materiału spełniającego powyższe wymagania;
- f) wykonane z trójwarstwowej włókniny;
- g) wykonane z materiału minimum 1 klasy palności i hipoalergicznego;
- h) powinny posiadać gumkę umożliwiającą założenie maseczki o uszy;
- i) w części środkowej zakładki (harmonijka) umożliwiające dopasowanie maseczki do kształtu twarzy – zakrycie nosa, ust i brody;
- j) posiadają wkładkę modelującą na nos;
- k) w jednej krawędzi wzmocnienie umożliwiające dopasowanie maseczki do nosa zapewniające szczelność przylegania;
- l) rozmiar wyrobu „na płasko” co najmniej 17,5 cm x 9 cm;
- ł) opakowania oznakowane znakiem CE, pakowane po minimum 50 szt.;
- m) termin ważności : **minimum 3 lata**

### **Zestaw nr 4**

#### **Maseczki ochronne jednorazowe (medyczne lub chirurgiczne)**

##### **KOLOR CZARNY**

Maseczki ochronne jednorazowe (medyczne lub chirurgiczne) powinny spełniać następujące wymagania:

- a) produkt o cechach ochronnych, chroniących przed czynnikami biologicznymi;
- b) zgodność z normą EN 14683 lub równoważną;
- c) skuteczność filtracji bakteryjnej (BFE) jak dla masek typu II lub IIR;
- d) oddychalność (ciśnienie różnicowe – Pa), jak dla masek typu II lub IIR;
- e) biostatyczność (zachowanie czystości bakteryjnej) lub powinien być wykonany z materiału spełniającego powyższe wymagania;
- f) wykonane z trójwarstwowej włókniny;
- g) wykonane z materiału minimum 1 klasy palności i hipoalergicznego;
- h) powinny posiadać gumkę umożliwiającą założenie maseczki o uszy;
- i) w części środkowej zakładki (harmonijka) umożliwiające dopasowanie maseczki do kształtu twarzy – zakrycie nosa, ust i brody;
- j) posiadają wkładkę modelującą na nos;
- k) w jednej krawędzi wzmocnienie umożliwiające dopasowanie maseczki do nosa zapewniające szczelność przylegania;
- l) rozmiar wyrobu „na płasko” co najmniej 17,5 cm x 9 cm;
- ł) opakowania oznakowane znakiem CE, pakowane po minimum 50 szt.;
- m) termin ważności : **minimum 3 lata**
- n) kolor maseczki czarny

### **Zestaw nr 5**

#### **Kombinezon ochronny Tyvek 500 lub 600**

- kategoria ochrony: III duże ryzyko,
- czynniki ryzyka: czynniki biologiczne.
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

### **Zestaw nr 6**

#### **Osłona na buty Tyvek, biała**

- osłona na buty musi być:
  - wykończona elastyczną gumką ściągającą,
  - wykonana z materiału Tyvek<sup>®</sup>,
- rozmiar uniwersalny.
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

### **Zestaw nr 7**

#### **Rękawiczki jednorazowego użytku, opakowanie/100 sztuk**

- nitylowe,
- kategoria ochrony III,
- ochrona biologiczna.
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

### **Zestaw nr 8**

#### **Rękawiczki jednorazowego użytku, opakowanie/100 sztuk**

#### **KOLOR CZARNY**

- nitylowe,
- kategoria ochrony III,
- ochrona biologiczna,
- kolor rękawic czarny,
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

### **Zestaw nr 9**

#### **MEDILAB AHD 1000**

- pojemność 5 litrów
- alkoholowy płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk i skóry
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

### **Zestaw nr 10**

#### **Ecolab Skinman Soft Protect do dezynfekcji rąk**

- pojemność 500 ml
- bez pompki
- wirusobójczy płynny preparat do dezynfekcji rąk przeznaczony do częstego stosowania.
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta



## **Zestaw nr 11**

### **Sterillhand płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk**

- pojemność 100 ml spray
- z atomizerem
- zawartość alkoholu 72%
- termin ważności: maksymalny określony przez producenta

CPV - 18143000-3, 33140000-3, 33141000-0, 33631600-8 35113400-3

#### **V. Warunki zamówienia**

1. Cena ofertowa powinna zawierać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia (koszty transportu, koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia i inne opłaty, które będą niezbędne w celu kompletnego i terminowego wykonania dostawy).
2. Termin realizacji zamówienia – **od 07.03.2022 do 21.03.2022 r.**
3. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć towar do siedziby Zamawiającego w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-14.00 na własny koszt (dostawa na koszt Wykonawcy) i w opakowaniach zapewniających właściwy stan techniczny zamówionego towaru. Wykonawca ponosi całkowitą odpowiedzialność za jego dostawę, kompletność, jakość i uszkodzenia w trakcie transportu.
4. W przypadku korzystania z usług firmy kurierskiej wykonawca zobowiązany jest do poinformowania tej firmy o możliwościach dostarczenia towaru do Zamawiającego (na przesyłce niezbędnym jest umieszczenie adresu Zamawiającego, tak jak zostanie zapisane w zamówieniu, z dopiskiem: **SŁUŻBA ZDROWIA**).
5. Ilość przedmiotów ujęta w kolumnie „ilość” może ulec zmianie w zależności od wartości całkowitej oferty.
6. Zamawiający zapłaci za dostarczony towar przelewem w **ciągu 30 dni od daty** otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
7. Zamawiający dopuszcza częściowe dostawy przedmiotu zamówienia z zastrzeżeniem zachowania terminu określonego w pkt. 2.
8. Wartość faktury VAT brutto nie może przekroczyć wartości brutto zamówienia. Dotyczy to każdej pozycji przedmiotu zamówienia znajdującego się w fakturze VAT i w zamówieniu.
9. Wartość brutto podana w zamówieniu jest wartością maksymalną, jaką Zamawiający może przeznaczyć na zakup towaru.
10. W przypadku przekroczenia wartości maksymalnej zamówienia, Zamawiający zażąda korekty faktury VAT.
11. Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia otrzymania zamówienia pocztą elektroniczną bądź faxem (lub doręczenia w inny skuteczny sposób) do Zamawiającego, a tym samym przyjęcia zamówienia do realizacji.
12. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia zapytania ofertowego na każdym etapie bez podania przyczyny (również po złożeniu i rozpatrzeniu ofert)

#### **VI. Wymagane dokumenty.**

Podpisany formularz cenowy zgodnie z opisem przedmiotu oraz warunkami zamówienia.

**VII. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – Formularz cenowy na Zestaw nr 1  
Załącznik nr 2 – Formularz cenowy na Zestaw nr 2  
Załącznik nr 3 – Formularz cenowy na Zestaw nr 3  
Załącznik nr 4 – Formularz cenowy na Zestaw nr 4  
Załącznik nr 5 – Formularz cenowy na Zestaw nr 5  
Załącznik nr 6 – Formularz cenowy na Zestaw nr 6  
Załącznik nr 7 – Formularz cenowy na Zestaw nr 7  
Załącznik nr 8 – Formularz cenowy na Zestaw nr 8  
Załącznik nr 9 – Formularz cenowy na Zestaw nr 9  
Załącznik nr 10 – Formularz cenowy na Zestaw nr 10  
Załącznik nr 11 – Formularz cenowy na Zestaw nr 11

**VIII.** Kryterium oceny ofert – cena 100%. Sposób oceny – minimalizacja.

**IX. RODO**

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>

Ofertę cenową można złożyć na jeden lub kilka zestawów

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 1**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia   | jm   | ilość | Wartość brutto              |
|-----|-------------------------------|------|-------|-----------------------------|
| 1   | 2                             | 3    | 4     | 5                           |
| 1.  | <b>Maseczka ochronna FFP3</b> | szt. | 500   |                             |
|     |                               |      |       | <b>Razem wartość brutto</b> |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 2**

| Lp.                         | Nazwa przedmiotu zamówienia                     | jm   | ilość | Wartość brutto |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|------|-------|----------------|
| 1                           | 2                                               | 3    | 4     | 5              |
| 1.                          | <b>Maska ochronna z filtrem<br/>KN 95/ FFP2</b> | szt. | 2 000 |                |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                                                 |      |       |                |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)



## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 3**

| Lp.                         | Nazwa przedmiotu zamówienia                                              | jm   | ilość   | Wartość brutto |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|---------|----------------|
| 1                           | 2                                                                        | 3    | 4       | 5              |
| 1                           | <b>Maseczki ochronne<br/>jednorazowe (medyczne lub<br/>chirurgiczne)</b> | szt. | 100 000 |                |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                                                                          |      |         |                |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 4**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia                                                                      | jm   | ilość  | Wartość brutto              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|-----------------------------|
| 1   | 2                                                                                                | 3    | 4      | 5                           |
| 1   | <b>Maseczki ochronne<br/>jednorazowe (medyczne lub<br/>chirurgiczne)<br/><u>KOLOR CZARNY</u></b> | szt. | 20 000 |                             |
|     |                                                                                                  |      |        | <b>Razem wartość brutto</b> |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78

**Zestaw nr 5**

| Lp.                         | Nazwa przedmiotu zamówienia                      | jm   | ilość | Wartość brutto |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------|-------|----------------|
| 1                           | 2                                                | 3    | 4     | 5              |
| 1.                          | <b>Kombinezon ochronny Tyvek<br/>500 lub 600</b> | szt. | 200   |                |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                                                  |      |       |                |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

**FORMULARZ CENOWY**

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 6**

| Lp.                         | Nazwa przedmiotu zamówienia                                | jm   | ilość | Wartość brutto |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------|------|-------|----------------|
| 1                           | 2                                                          | 3    | 4     | 5              |
| 1                           | <b>Oslona na buty Tyvek, biała<br/>*400 szt. = 200 par</b> | szt. | 400   |                |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                                                            |      |       |                |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 7**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia                                                    | jm         | ilość | Wartość brutto              |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-----------------------------|
| 1   | 2                                                                              | 3          | 4     | 5                           |
| 1   | <b>Rękawiczki nitrylowe<br/>jednorazowego użytku<br/>opakowanie/100 sztuk*</b> | opakowanie | 1 000 |                             |
|     |                                                                                |            |       | <b>Razem wartość brutto</b> |

**\*ROZMIARY zamawianych rękawic wg poniższego podziału:**

**Rozmiar S - 50 opakowań**

**Rozmiar M – 450 opakowań**

**Rozmiar L – 400 opakowań**

**Rozmiar XL – 100 opakowań**

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)



## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 8**

| Lp.                         | Nazwa przedmiotu zamówienia                                                                     | jm         | ilość | Wartość brutto |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|----------------|
| 1                           | 2                                                                                               | 3          | 4     | 5              |
| 1                           | <b>Rękawiczki nitrylowe<br/>jednorazowego użytku<br/>opakowanie/100 sztuk<br/>KOLOR CZARNY*</b> | opakowanie | 500   |                |
| <b>Razem wartość brutto</b> |                                                                                                 |            |       |                |

**\*ROZMIARY zamawianych rękawic wg poniższego podziału:**

**Rozmiar S - 25 opakowań**

**Rozmiar M – 225 opakowań**

**Rozmiar L – 200 opakowań**

**Rozmiar XL – 50 opakowań**

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 9**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia    | jm   | ilość | Wartość brutto              |
|-----|--------------------------------|------|-------|-----------------------------|
| 1   | 2                              | 3    | 4     | 5                           |
| 1   | <b>MEDILAB AHD 1000<br/>5l</b> | Szt. | 40    |                             |
|     |                                |      |       | <b>Razem wartość brutto</b> |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)

**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn**

**Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78**

**Zestaw nr 10**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia                                               | jm   | ilość | Wartość brutto              |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|------|-------|-----------------------------|
| 1   | 2                                                                         | 3    | 4     | 5                           |
| 1   | <b>Ecolab Skinman Soft Protect<br/>płyn do dezynfekcji rąk<br/>500 ml</b> | Szt. | 40    |                             |
|     |                                                                           |      |       | <b>Razem wartość brutto</b> |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

## FORMULARZ CENOWY

....., dnia .....2022 r.

.....  
(Wykonawca)**WARMIŃSKO-MAZURSKI  
ODDZIAŁ STRAŻY GRANICZNEJ  
ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78  
11-400 Kętrzyn****Oferuję dostawę niżej wymienionego asortymentu  
do Warmińsko- Mazurskiego Oddziału Straży Granicznej  
11-400 Kętrzyn, ul. Gen. Władysława Sikorskiego 78****Zestaw nr 11**

| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia                                                                    | jm   | ilość | Wartość brutto              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-----------------------------|
| 1   | 2                                                                                              | 3    | 4     | 5                           |
| 1   | <b>Sterillhand płyn do<br/>higienicznej i chirurgicznej<br/>dezynfekcji rąk , 100 ml spray</b> | Szt. | 500   |                             |
|     |                                                                                                |      |       | <b>Razem wartość brutto</b> |

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz warunkami zamówienia i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....  
( podpis)

