|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **nazwa artykułu higienicznego** | **cena jedn. brutto**  **1 szt.**  **(zł)** | **dopłata NFZ**  **do 1 szt.**  **brutto (zł)** | **dopłata DPS**  **do limitu**  **1 szt.**  **brutto**  **(zł)** | **dopłata mieszkańca do 1szt.**  **ponad limit NFZ**  **brutto (zł)** | **ilość (szt.)** | **wartość ogółem**  **(zł)**  **(poz.3 x 7)** | **wartość całkowita brutto do zapłaty przez DPS**  **(zł)**  **(poz.5 x 7)** | **wartość całkowita brutto do zapłaty przez mieszkańca ponad limit z NFZ**  **(zł)**  **(poz.6 x 7)** | **wartość całkowita brutto dopłaty NFZ**  **(zł)**  **(poz.4 x 7)** |
| -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- | -7- | -8- | -9- | -10- | -11- |
| **1.** | **Pieluchomajtki Rozmiar ,, L” rekomendowany obwód 90-144 cm. Chłonność co najmniej 3070g wg normy ISO- 11948-1 (Rothwell)** |  |  |  |  | **9900 szt.** |  |  |  |  |
| **2.** | **Majtki chłonne rozmiar „M” rekomendowany obwód 80 – 110 cm, chłonność co najmniej 1010g wg normy ISO- 11948-1(Rothwell)** |  |  |  |  | **2200 szt.** |  |  |  |  |
| **3.** | **Podkład chłonny**  **90 x 60** |  |  |  |  | **2200 szt.** |  |  |  |  |
| **4.** | **Chusteczki nasączane 20 cm x 30 cm a 80 szt.** |  |  |  |  | **165 szt.** |  |  |  |  |
| **5.** | **Pianka myjąco – pielęgnująca 500 ml do pielęgnacji podrażnionej skóry, do oczyszczania skóry i pozostawiania na skórze warstwę ochronną, działanie nawilżające** |  |  |  |  | **165 szt.** |  |  |  |  |
| **6.** | **Wkładki anatomiczne chłonne** |  |  |  |  | **2200 szt.** |  |  |  |  |
| **7.** | **krem ochronny z tlenkiem cynku 200ml** |  |  |  |  | **110 szt.** |  |  |  |  |

1. Razem: wartość brutto: (odpłatność mieszkańców powyżej limitu NFZ)–suma kolumny 10 ..……..….......................... (zł)

2. Razem: wartość brutto: (odpłatność DPS do limitu)–suma kolumny 9………………………............................ (zł)

3.Razem wartość netto:(poz. 1 -odpłatność mieszkańców powyżej limitu NFZ + poz. 2 -odpłatność DPS do limitu ) : ................................. (zł) Słownie: ...................................................................................................................................................

4. Podatek VAT : stawka : ........ / kwota: ........................ / słownie: ...................................................................

5. Razem: wartość brutto: (poz. 1 -odpłatność mieszkańców powyżej limitu NFZ+ poz. 2 -odpłatność DPS do limitu) : ....................................(zł) Słownie : ..................................................................................................................................................

6 . Wartość ogółem brutto : (DPS + odpłatność mieszkańców powyżej limitu NFZ + dopłata NFZ)–suma kolumny 8……................................(zł).

słownie …………………………………………………………………………..

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z przedmiotem zamówienia oraz wzorem umowy, które zostały zaakceptowany przeze mnie bez zastrzeżeń. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

Firma ................................................................................................................................................................

Z siedzibą ......................................................... ulica................................................................... tel. ....................

Adres mail: .........................................................................NIP .......................... REGON.......................................

………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis Wykonawcy)