*Załącznik nr 1*

……………………………………

miejscowość, dnia

**Nr sprawy : DPS 271/ZO/24/2021**

**Dotyczy: Dostaw wyrobów medycznych – pieluchomajtek, majtek chłonnych oraz podkładów higienicznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Karwodrzy.**

**DANE WYKONAWCY:**

nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

adres Wykonawcy: ………………………………………….

NIP: ………………………………. REGON: …..……………………….

nr tel.: ……………………………, e-mail: …………….…………………

Oferuję wykonanie usługi będącej przedmiotem zamówienia po następujących cenach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Ilość szt.****w opak.** | **Limit cenowy NFZ****(dot. 1 opak)** | **Odpłatność DPS do limitu(dot. 1 opak)** | **Odpłatność MIESZKAŃCA DPS (dot.1 opak.)** | **Cena brutto****za 1 opak.****(łącznie kolumny 3,4,5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **Pieluchomajtki "nocne" - stopień inkontynencji średni/ciężki** |
| SUPER SENI PLUS M |  |   |   |  |   |
| SUPER SENI PLUS L |  |   |   |   |   |
| SUPER SENI PLUS XL |  |   |   |   |   |
| **Elastyczne Majtki chłonne - stopień inkontynencji – średni** |
| SENI ACTIVE NORMAL M |  |   |   |   |   |
| SENI ACTIVE NORMAL L |  |   |   |   |   |
| SENI ACTIVE NORMAL XL |  |   |  |   |   |
|

|  |
| --- |
| **Elastyczne Majtki chłonne – SENI ACTIVE SUPER** |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SENI SUPER MEDIUM A'10 |  |   |   |   |   |
|  SUPER LARGE A'10 |  |   |   |   |   |
|  SUPER EXTRA LARGE A'10 |  |   |   |   |   |

 |
| **Podkłady higieniczne z wkładem chłonnym -**  **SENI SOFT SU** |
| 90x60 A'30 |  |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| 40x60 A'30 |  |  |  |  |  |
| 60x60 A'30 |  |  |  |  |  |
| 90x170 A30 - ZE SKRZYDŁAMI WŁÓKNINOWYMI |  |  |  |  |  |
| 90x170 A5 - ZE SKRZYDŁAMI WŁÓKNINOWYMI |  |  |  |  |  |