**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo przedsiębiorstwem[[1]](#footnote-1)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 1 KPP Czarnków** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - zaznaczyć odp. pole

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo

|  |
| --- |
| przedsiębiorstwem[[2]](#footnote-2)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 2 KPP Gniezno** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[3]](#footnote-3)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 3 KPP Grodzisk Wlkp.** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………...................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[4]](#footnote-4)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 4 KMP Kalisz** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 8 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 8 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 8 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 8 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 8 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 8 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 8 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 8 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 8 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 8 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 8 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 8 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 8 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 8 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[5]](#footnote-5)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 5 KMP Konin** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 3 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 3 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 3 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 3 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 3 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 3 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 3 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[6]](#footnote-6)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 6 KPP Kościan** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 3 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 3 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 3 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 3 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 3 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 3 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 3 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 7 KMP Leszno** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 5 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 5 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 5 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 5 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 5 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 5 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 5 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 5 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 5 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 5 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 5 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 5 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 5 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 5 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo przedsiębiorstwem[[8]](#footnote-8)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 8 KPP Ostrów Wlkp.** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 6 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 6 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 6 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 6 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 6 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 6 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 6 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 6 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 6 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 6 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 6 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 6 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 6 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 6 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo przedsiębiorstwem[[9]](#footnote-9)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 9 KPP Ostrzeszów** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 3 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 3 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 3 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 3 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 3 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 3 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 3 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo przedsiębiorstwem[[10]](#footnote-10)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 10 KPP Piła** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 4 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 4 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 4 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 4 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 4 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 4 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 4 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 4 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 4 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 4 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 4 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 4 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 4 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 4 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[11]](#footnote-11)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 11 KPP Rawicz** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 1 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 1 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 1 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 1 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 1 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 1 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 1 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[12]](#footnote-12)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 12 KPP Słupca** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[13]](#footnote-13)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 13 KPP Szamotuły** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[14]](#footnote-14)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 14 KPP Śrem** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 1 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 1 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 1 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 1 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 1 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 1 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 1 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[15]](#footnote-15)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 15 KPP Środa Wlkp.** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[16]](#footnote-16)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 16 KPP Turek** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 1 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 1 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 1 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 1 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 1 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 1 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 1 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[17]](#footnote-17)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 17 KPP Wągrowiec** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 2 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 2 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 2 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 2 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 2 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 2 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 2 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 2 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 2 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[18]](#footnote-18)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 18 KPP Wolsztyn** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 1 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 1 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 1 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 1 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 1 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 1 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 1 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 1 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 1 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[19]](#footnote-19)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 19 KPP Złotów** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 3 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 4 |  | 3 |  | 8 |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 3 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 3 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 3 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 3 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 3 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 3 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 3 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[20]](#footnote-20)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 20 KWP/KMP Poznań** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **psów** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 2 |  | 46 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w jednostce | 2 |  | 46 |  | 8 |
| badanie w lecznicy | 4 |  | 46 |  | 8 |
| kontynuacja leczenia w lecznicy | 2 |  | 46 |  | 8 |
| doba pobytu w lecznicy | 2 |  | 46 |  |  |
| 2. | Zabiegi pielęgnacyjne | czyszczenie uszu | 1 |  | 46 |  | 8 |
| czyszczenie zatok  okołoodbytniczych | 1 |  | 46 |  | 8 |
| obcinanie pazurów | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 3. | odrobaczanie | Jednorazowe zastosowanie środka na każde 10 kg masy psa | 32 |  | 46 |  | 8 |
| 4. | Zabezpieczenie  przeciw pchłom,  kleszczom | jednorazowe zastosowanie środka (średnia waga psa 40 kg) | 16 |  | 46 |  | 8 |
| bezzapachowa opaska przeciw pchłom, kleszczom  skuteczność min. 7 miesięcy | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 5. | Szczepienia  przeciw: | przeciw wściekliźnie | 2 |  | 46 |  | 8 |
| chorobom zakaźnym min 7-o składnikowe (w tym obowiązkowo D,H,E,Pi,L,R) | 2 |  | 46 |  | 8 |
| 6. | EKG | badanie szczegółowe układu krążenia z opisem | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 7. | RTG | zdjęcie z opisem | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 8. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 9. | Profilaktyka  stawów | miesięczny koszt dla psa o średniej wadze 40 kg | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 10. | Uzupełnienie  niedoborów  mineralno-  witaminowych | preparat mineralno-witaminowy-aminokwasowy o nazwie\*)  ……………………………………………….. | 1 |  | 46 |  | 8 |
| preparat mineralno-witaminowy o nazwie\*)…………………………………….. | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 11. | Kroplówka | podanie kroplówki wraz z płynami (np. infuzyjne, odżywcze) | 1 |  | 46 |  | 8 |
| 12. | Zabiegi chirurgiczne ze znieczuleniem | mały (np. zszycie rany, usunięcie  guza, czyszczenie ropnia) | 1 |  | 46 |  | 8 |
| duży (np. sterylizacja, usunięcie  ciała obcego z jelit, usunięcie guza  wew.) | 1 |  | 46 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-12):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia**

………..…..…………………,dnia………………

# Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu

# ul. Kochanowskiego 2 60-844 POZNAŃ

# O F E R T A

Nazwa………………………………………………………………………………………………………………..........................................................

Siedziba…………………………………………………………………………………………………………….........................................................

Nr telefonu ……………………………………............................................Nr faksu …………………………………………….......................

Adres e-mailowy …………………………………………………………………………………………………....................................................

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

Wpisany do rejestru/ewidencji\*……………………………………………………………………………....................................................

|  |
| --- |
| Czy Wykonawca jest: A – mikroprzedsiębiorstwem, B - małym lub C – średnim (wpisać w pole poniżej odpowiednią literę) [ ] Mikroprzedsiębiorstwo [ ] Małe przedsiębiorstwo [ ] Średnie przedsiębiorstwo  przedsiębiorstwem[[21]](#footnote-21)\*\*? |

W związku z ogłoszeniem przez Zamawiającego zamówienia na świadczenie usług weterynaryjnych **dla części nr 21 KMP Poznań (konie)** oferuję wykonanie usługi:

**KRYTERIUM C – „cena”:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  **usługi** | **Zakres usługi** | **ilość usług** | **cena brutto**  **za 1 wykonaną usługę** | **Ilość**  **koni** | **kwota brutto**  **w PLN**  **(kol. 4 x kol. 5**  **x kol. 6)** | **Stawka**  **podatku**  **VAT**  **(w %)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Badanie  kliniczne | badanie z dojazdem do jednostki | 10 |  | 10 |  | 8 |
| badanie bez dojazdu | 10 |  | 10 |  | 8 |
| doba pobytu w lecznicy | 2 |  | 10 |  | 8 |
| 2. | Szczepienia  przeciw: | wściekliźnie | 2 |  | 10 |  | 8 |
| skojarzone wieloskładnikowe | 2 |  | 10 |  | 8 |
| grypie/tężcowi | 4 |  | 10 |  | 8 |
| Schorzeniom wywołanym przez Herpes wirusy | 4 |  | 10 |  | 8 |
| 3. | Korekcja zębów | tarnikowanie zębów | 1 |  | 10 |  | 8 |
| 4. | Odrobaczenie | zastosowanie środka | 8 |  | 10 |  | 8 |
| 5. | Zabezpieczenie przed ukąszeniem kleszczy | jednorazowe zastosowania środka | 1 |  | 10 |  | 8 |
| 6. | Endoskopia | badanie z opisem | 1 |  | 10 |  |  |
| 7. | EKG | badanie z opisem | 2 |  | 10 |  | 8 |
| 8. | RTG | zdjęcie z opisem | 6 |  | 10 |  | 8 |
| 9. | USG | badanie z opisem | 1 |  | 10 |  | 8 |
| 10. | Leczenie stawów | Leczenie z zastosowaniem kwasu hialuronowego jedna dawka | 1 |  | 10 |  | 8 |
| Leczenie z zastosowaniem kwasu hialuronowego podwójna dawka | 1 |  | 10 |  | 8 |
| **Razem wartość brutto całości zamówienia (suma pozycji 1-10):** | | | | | | ………………………………… | |
| **Słownie: …..........................................................................................................................................................................................................** | | | | | | | |

**KRYTERIUM U „Upust na leki i preparaty ” - ……………………… %** (należy wpisać upust w % od cen leków i preparatów wynikających z cennika Wykonawcy, a w przypadku lekarstw nie ujętych w cenniku Wykonawca zastosuje ceny rynkowe z uwzględnieniem upustu.

Miejsce i adres świadczenia usług………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA!**

**Formularz ofertowy nie podlega procedurze uzupełnienia, wszystkie jego pozycje muszą być wypełnione pod rygorem odrzucenia oferty,**

Ponadto oświadczam, że:

1. cena ofertowa obejmuje wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia,
2. spełniam wszystkie wymogi w zakresie świadczenia usług, o których mowa w ogłoszeniu,
3. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. integralną część oferty stanowią dokumenty i oświadczenia:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………...................................................

(imię i nazwisko , podpis wykonawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać odp. części

1. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-2)
3. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-3)
4. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-4)
5. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-5)
6. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-6)
7. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-7)
8. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-8)
9. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-9)
10. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-10)
11. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-11)
12. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-12)
13. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-13)
14. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-14)
15. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-15)
16. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-16)
17. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-17)
18. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-18)
19. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-19)
20. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-20)
21. \*\* Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

    Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

    Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

    Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-21)