*Załącznik nr 2A*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej w Chełmie w części I Rejon Janów Podlaski** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż   
   35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej,   
   o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat)** - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2B*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej   
   w Chełmie w części II Rejon Terespol** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych   
   za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż   
   35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej,   
   o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat**) - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2C*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej   
   w Chełmie w części III Rejon Włodawa** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych   
   za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż   
   35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej,   
   o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. (**wpisać liczbę lat**) - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2D*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej w Chełmie w części IV Rejon Chełm** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż 35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej, o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat)** - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2E*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej   
   w Chełmie w części V Rejon Hrubieszów** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych   
   za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż 35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej, o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat)** - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2F*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ………………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej   
   w Chełmie w części VI Rejon Tomaszów Lubelski** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż   
   35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej, o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia PSG Chłopiatyn – 45 km).
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat)** - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe

*Załącznik nr 2G*

*Sprawa nr 59/24*

……………………………..……..

*(nazwa i adres Wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do Nadbużańskiego Oddziału Straży**

**Granicznej w Chełmie**

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………..………………….

Tel.: ………………………..……..……. e-mail: ……………………………………………

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

1. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu **na świadczenie usług weterynaryjnych w zakresie leczenia psów służbowych na rzecz Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej w Chełmie w części VII Rejon Lublin** oferujemy świadczenie usług weterynaryjnych za cenę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Ilość** | **Wartość brutto**  **[PLN]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Badanie kliniczne psa /wywiad, ważenie, zalecenia żywieniowe, wpis do książki psa służbowego Straży Granicznej | 1 |  |
| 2. | Czyszczenie uszu | 1 |  |
| 3. | Oczyszczenie gruczołów przyodbytowych | 1 |  |
| 4. | Obcinanie pazurów | 1 |  |
| 5. | Odrobaczanie – leczenie mieszanych inwazji dorosłych postaci nicieni i tasiemców (1 tabletka na 10 kg masy ciała) | 1 |  |
| 6. | Szczepienie p/wściekliźnie | 1 |  |
| 7. | Szczepienie p/chorobom zakaźnym - parwowiroza, nosówka, adenowiroza, para influenza, leptospiroza | 1 |  |
| 8. | Profilaktyka i leczenie układu ruchu | 1 |  |
| 9. | Profilaktyka mineralno - witaminowa | 1 |  |
| 10. | Badanie i leczenie psa chorego/wywiad, rozpoznanie, opinia o stanie zdrowia, podanie leków, wpis do książki psa służbowego SG | 1 |  |
| 11. | Kolejne wizyty chorego psa | 1 |  |
| 12. | Badanie usg z opisem | 1 |  |
| 13 | Badanie rtg z opisem | 1 |  |
| 14. | Badanie moczu | 1 |  |
| 15. | Badanie biochemiczne krwi | 1 |  |
| 16. | Morfologia krwi | 1 |  |
| 17. | Badanie zeskrobiny | 1 |  |
| 18. | Usuwanie kamienia nazębnego | 1 |  |
| 19. | Chirurgiczne opracowanie rany ( małe rany) | 1 |  |
| 20. | Chirurgiczne opracowanie rany (duże rany) | 1 |  |
| 21. | Usuwanie zmian nowotworowych / zabieg i opieka pooperacyjna | 1 |  |
| 22. | Badanie histopatologiczne | 1 |  |
| 23. | Utylizacja zwłok psa służbowego / psa służbowego wycofanego z użycia w SG | 1 |  |
| 24. | Sterylizacja suki | 1 |  |
| 25. | Kastracja psa | 1 |  |
| 26. | Wydawanie opinii o przydatności psów do służby  w Straży Granicznej | 1 |  |
| 27. | Sekcja zwłok i wydanie protokołu sekcji | 1 |  |
| 28. | Eutanazja psa służbowego | 1 |  |
| 29. | Środki do pielęgnacji okrywy włosowej | 1 |  |
| 30. | Środki do dezynfekcji kojca | 1 |  |
| RAZEM (suma poz. 1-30) | | |  |

Adres lecznicy: ………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że posiadamy zakłady lecznicze dla zwierząt usytuowane nie dalej niż   
   35 km od jednostek organizacyjnych Nadbużańskiego Oddziału Straży Granicznej, o których mowa w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia.
2. Oświadczam/y, że mój/nasz zakład/y leczniczy/e jest czynny całodobowo 5 dni   
   w tygodniu, tj. od poniedziałku do piątku a w pozostałe 2 dni tygodnia w nagłych przypadkach.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu   
   i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii posiada …………. **(wpisać liczbę lat)** - letnią praktykę lekarsko-weterynaryjną.
5. Oświadczam/y, że lekarz weterynarii **posiada\* nie posiada\*** specjalizację z zakresu chorób psów i kotów lub chirurgii weterynaryjnej.
6. Oświadczam/y, że uważam/y się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni**   
   od daty otwarcia ofert.
7. Oświadczam/y, że zamierzam/y powierzyć podwykonawcom wykonanie części zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podwykonawcy (firma)** | **Zakres zmówienia (część)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

(wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział Podwykonawców)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. …………………………………………………
2. …………………………………………………
3. …………………………………………………

……………………., dnia…………. …………………………………………

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania firmy)

\*podkreślić właściwe