**Zał. 1 - OFERTA – FORMULARZ OFERTOWY**

na wykonanie zadania pn.:

**Wykonanie usług z zakresu profilaktyki weterynaryjnej i leczenia w stadzie koni huculskich Zachowawczej Hodowli Konia Huculskiego na terenie Bieszczadzkiego Parku Narodowego w 2020 r.**

Nazwa Wykonawcy:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

.....................................................................................................................................................

(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....................................................................................................................................................

(kod, miejscowość, województwo, powiat)

.....................................................................................................................................................

(adres internetowy, e-mail)

Adres korespondencyjny Wykonawcy:

.....................................................................................................................................................

(nazwa)

.....................................................................................................................................................

(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....................................................................................................................................................

(kod, miejscowość, województwo, powiat)

.....................................................................................................................................................

(adres internetowy, e-mail)

Numer telefonu.........................i faksu...............................email .....................................

NIP / PESEL .......................................................REGON ...........................................................

1.Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia za cenę:

**Łącznie cena realizacji całości zamówienia:**

**Ogółem netto ………………………….**

**Ogółem podatek VAT ........%, ………………………………. zł**

**Ogółem brutto …………………………… zł**

**(słownie złotych brutto: ………………………………………....................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj zabiegu | | | Kalkulacja kosztów | | | | | |
| **PROFILAKTYKA WETERYNARYJNA STADA ORAZ INNE ZABIEGI/USŁUGI WETERYNARYJNE** | | | | | | | | |
|  | | | j.m. | ILOŚĆ | ILOŚĆ ZABIEGÓW  w ciągu roku ( ilość cykli) | CENA jednostkowa/szt. | CENA ZA 1 cykl | ŁĄCZNIE ZABIEG |
| Nr kolumny | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sposób obliczenia | | |  |  |  |  | kol. 2 x kol. 4 | kol. 5 x kol. 3 |
| ŹREBIĘTA UR. 2020 | 1.Odrobaczanie -cyklicznie: I- pomiędzy 6-8 tyg. życia, II- w 4-m-cu życia ; III - w 6 m-cu życia ; IV - w 8 m-cu życia. | | Szt. | 20 | 4 |  |  |  |
| 2. Profilaktyka przeciwpaciorkowcowa. | | Szt. | 20 | 1 |  |  |  |
| 3. Szczepienie profilaktyczne przeciwko grypie i tężcowi -cyklicznie: I- po ukończeniu 5-6 mies. życia, II dawka 4-6 tygodni później, III dawka po upływie 5 miesięcy | | Szt. | 20 | 3 |  |  |  |
| 4. Profilaktyka przeciwko ektopasożytom (z zastosowaniem preparatów odwszawiających, przeciwgrzybicznych itp.) | | Szt. | 20 | 1 |  |  |  |
| KONIE URODZONE W 2019 | 1. OBOWIĄZKOWE Szczepienie profilaktyczne przeciwko grypie i tężcowi – zakończenie cyklu szczepień- ,III dawka po upływie 5 miesięcy od poprzedniej(kwiecień 2019r ) | | Szt. | 11 | 1 |  |  |  |
| STADO PODSTAWOWE wraz z końmi urodzonymi w 2018roku | 1. Odrobaczanie stada przed sezonem pastwiskowym. | | Szt. | 74 | 1 |  |  |  |
| 2. Szczepienie profilaktyczne stada przeciwko grypie, tężcowi. | | Szt. | 74 | 1 |  |  |  |
| 3. Szczepienie profilaktyczne klaczy przeciwko ronieniu zakaźnemu klaczy | | Szt. | 37 | 1 |  |  |  |
| 4. Profilaktyka przeciwko ektopasożytom (z zastosowaniem preparatów odwszawiających, przeciwgrzybiczych itp. | | Szt. | 74 | 1 |  |  |  |
| 5. Odrobaczanie stada po sezonie pastwiskowym. | | Szt. | 74 | 1 |  |  |  |
| 6.Pobranie krwi do obowiązkowego badania markerów genetycznych koni huculskich. | | Szt. | 10 | 1 |  |  |  |
| 7. Obowiązkowe badanie ogierów rozpłodowych w kierunku nosacizny, arteritis, niedokrwistości zakaźnej koni -pobranie próbek krwi. | | Szt. | 4 | 1 |  |  |  |
| 8.Badanie klaczy za pomocą ultrasonografu w kierunku źrebności. | | Szt. | 33 | 3 |  |  |  |
| INNE ZABIEGI/USŁUGI WETERYNARYJNE | 1.kastracja młodych ogierów | | Szt. | 4 | 1 |  |  |  |
| 2. leczenie zaburzeń związanych z rozrodem u klaczy | | Szt. | 10 | 1 |  |  |  |
| 3. Tarnikowanie zębów. | | Szt. | 5 | Wg potrzeb |  | - |  |
| 4. Leczenie nagłych przypadków\*- cena za jednorazowy dojazd i usługę, bez kosztu zakupu leków | | Szt. | 1 | Wg potrzeb |  | - |  |
| **ŁĄCZNIE** | | NETTO | | | |  | | |
| BRUTTO | | | |  | | |

*\*-najczęściej występującymi przypadkami w ciągu ostatnich lat były: urazy mechaniczne, morzyska, zatrucia pokarmowe, mięśniochwat porażenny, ukąszenia przez żmije*

**2. Zobowiązuję się realizować przedmiot zamówienia w terminie od dnia podpisania umowy do 31.12.2020. Terminy zabiegów będą ustalane wcześniej z Kierownikiem ZHKH Wołosate.**

3. Ubiegając się o udzielenie powyższego zamówienia oświadczam , że:

1. posiadam kompetencje i uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej – wymagane do realizacji zadania
2. posiadam zdolności techniczne i zawodowe niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej , finansowej umożliwiającej realizację zadania
4. posiadam minimum 3-letnie doświadczenie oraz udokumentowane kwalifikacje i sprzęt istotne dla usług objętych zamówieniem.
5. gwarantuję dyspozycyjność 24 godz. na dobę, w zakresie usług dotyczących leczenia nagłych zachorowań i wypadków koni a w przypadku nie stawienia się zapewniam zastępstwo osoby wykwalifikowanej .

**4.** W przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

**5.** Osobą wyznaczoną do kontaktów w sprawie zawarcia umowy jest :

Kierownik ZHKH Wołosate Karolina Świderska (tel. 724 750 051, email: kswiderska@bdpn.pl)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ................................................................................ – str. ……….
2. ................................................................................ – str. ……….
3. ................................................................................ – str. ……….

**................................................................. ............................................................**

**miejscowość, data podpis Wykonawcy**