Załącznik nr 1 do

Zapytania cenowego z dnia 18.04.2017 r.

**OFERTA CENOWA**

**Cennik usług weterynaryjnych**

**na zadanie: „Zapewnienie opieki bezdomnym zwierzętom – usługi weterynaryjne”**

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

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

Nazwa i adres oferenta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi weterynaryjnej** | **Prognozowana ilość  w 2016 r.** | **Cena netto zł (za jedną usługę)** | **Wartość netto zł**  **(prognozowana ilość x cena za usługę)** |
| 1 | Badanie ogólne psa lub kota | 12 |  |  |
| 2 | Odrobaczenie psa/kota | 15 |  |  |
| 3 | Odpchlenie psa | 10 |  |  |
| 4 | Szczepienie p/w wściekliźnie | 10 |  |  |
| 5 | Szczepienie psa szczepionką 4 składnikową | 12 |  |  |
| 6 | Badanie psa lub kota -w kierunku obserwacji w kier. wścieklizny | 1 |  |  |
| 7 | Eutanazja kot/pies/miot ślepy | 5 |  |  |
| 8 | Sterylizacja kotki | 10 |  |  |
| 9 | Sterylizacja - suka duża | 5 |  |  |
| 12 | Sterylizacja - suka średnia | 5 |  |  |
| 13 | Sterylizacja- suka mała | 5 |  |  |
| 14 | Kastracja psa | 3 |  |  |
| 15 | Kastracja kocura | 1 |  |  |
| 16 | Przetrzymywanie w lecznicy po zabiegach (cena za 1 dobę) | 3 |  |  |
| 17 | Dojazd do zdarzenia  z udziałem zwierzęcia (cena za 1 km) | 100 km |  |  |
| 18 | Udzielenie pomocy zwierzęciu poszkodowanym w zdarzeniu drogowym, wykonanie niezbędnych zabiegów ratujących życie lub zdrowie (cena za jeden wyjazd) | 5 |  |  |
| 19 | Znakowanie psa/kota chipem | 15 |  |  |
| 20 | Odczyt chipa | 1 |  |  |
| 21 | Transport w specjalistycznej klatce | 2 |  |  |
| RAZEM | | |  |  |

**Razem wartość netto + Vat: ........................................... zł**

**Słownie: .........................................................................................................................**

W ofercie **należy określić cenę w taki sposób, aby obejmowała ona wszystkie elementy usługi**, uwzględniając maksymalny przewidziany przez Wykonawcę czas realizacji, koszty bezpośrednie (badanie zwierzęcia, użyte materiały, zakup leków, pracy sprzętu i transportu) oraz koszty pośrednie, (zysk oraz inne).

**Oświadczam, że świadczenie usług odbywać się będzie całodobowo.**

W przypadku mojej nieobecności zastępować mnie będzie :.......................................................

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

Imię i nazwisko oraz adres i telefon kontaktowy lekarza weterynarii

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

Data i podpis