

Zakroczym, dnia 23.01.2023 r.  
miejsce i data**FORMULARZ ROZEZNANIA RYNKU****I. Cel formularza:**

W związku z realizacją projektu pt. „*Opracowanie nowego produktu leczniczego złożonego do stosowania w terapii cukrzycy typu 2*”, współfinansowanego ze środków budżetu państwa w ramach konkursów realizowanych przez Agencję Badań Medycznych, **zwracamy się z prośbą o oszacowanie wartości planowanego zamówienia opisanego szczegółowo poniżej, w punkcie II oraz udzielenie informacji wskazanych w punkcie III i ceny.**

Niniejszy Formularz rozeznania rynku prosimy opatrzyć podpisem oraz przesłać jego skan (w formacie pdf) w drodze wiadomości elektronicznej email na adres: [zapytaniaofertowe@lekam.pl](mailto:zapytaniaofertowe@lekam.pl) do dnia: 6.02.2023 r.

W razie potrzeby uzyskania dodatkowych informacji, prosimy o kontakt e-mail: [zapytaniaofertowe@lekam.pl](mailto:zapytaniaofertowe@lekam.pl)

**Niniejsza informacja nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu Cywilnego, ma na celu wyłącznie rozpoznanie rynku oraz uzyskanie wiedzy na temat kosztów planowanego zamówienia.**

**II. Opis przedmiotu zamówienia:**

1. Planowane zamówienie dotyczy dostawy Zestaw dysz (3 sztuki) do laboratoryjnej powlekkarki tabletek Unitypharm D-5
2. KOD CPV: 42957000-9 - Części maszyn natryskujących
3. Termin realizacji przedmiotu zamówienia: **Przedmiot zamówienia planowany jest do wykonania w całości w terminie 1 miesiąca od dnia zawarcia umowy.**
4. Miejsce Realizacji przedmiotu zamówienia:  
Miejsce realizacji projektu, Ostrzykowitzna 14A, 05-170 Zakroczym
5. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Lp.	Wymagania
1.	Specyfikacja techniczna
1.1	I. <u>Wymagania i parametry techniczne</u> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 3 dysze rozpylające wraz z iglicami</li><li>2. Dysze możliwe do użycia dla powlekkarki laboratoryjnej Unitypharm D-5</li><li>3. 3 dysze o różnej średnicy (średnica otworu wylotowego): 0.8 mm, 1.0 mm, 1.2 mm</li></ol>
1.2	<u>Dodatkowe wymagania:</u> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Oferowane <b>dysze</b> muszą być fabrycznie nowe.</li><li>2. Okres gwarancji: co najmniej 12 miesięcy</li></ol>



**Wzór informacji do uzupełnienia przez oferenta:**

**Szacowana wartość zamówienia dotyczącego Zestawu dysz (3 sztuki) do laboratoryjnej powlekarli tabletek Unitypharm D-5, opisanej szczegółowo w punkcie II.**

Pełna nazwa Wykonawcy: .....

Adres Wykonawcy: .....

NIP: .....

Osoba do kontaktu: .....

Data sporządzenia szacowania: .....

Całkowity koszt realizacji zamówienia netto : .....

Termin realizacji zamówienia.....

Okres gwarancji.....

Warunki płatności.....

Oświadczam, że jestem świadomy, że określona cena nie stanowi oferty Wykonawcy w celu zawarcia umowy, a jedynie stanowi podstawę do ustalenia szacunkowej wartości zamówienia i rozeznania rynku.

.....

*Data i miejsce*

.....

*Podpis*