**Załącznik nr 1**

**Kz-2380/121/2017/ZW-Zp**

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

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

 pieczęć Wykonawcy miejscowość, data

# **FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**na jednorazową dostawę Zestawu Ratownictwa Medycznego R0**

1. **Pełna nazwa i siedziba wykonawcy:**

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

Telefon …................................................ Fax ...................................................

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

Adres e-mail: …..……………….….….…………….....................................…………………………….…..

1. **Wartość oferty:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Producent****oraz model oferowanego asortymentu** |
| **1.** | **Zestaw Ratownictwa Medycznego R0**Z blokerem\* | 54 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

lub

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Producent****oraz model oferowanego asortymentu** |
| **1.** | **Zestaw Ratownictwa Medycznego R0**Bez blokera\* | 54 szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

\*Zakup opcjonalny

***\* w cenę asortymentu należy wkalkulować wszelkie dodatkowe koszty (np. transport ).***

Wartość brutto ....................................................................................................................................... zł

/słownie/ .................................................................................................................................................

**3. Pozostałe istotne warunki zamówienia:**

* + - 1. Okres gwarancji: **............................... miesiące/cy** / nie krótszy niż 24 miesiące/
			2. Termin realizacji zamówienia: **..................... dni. ( do 5 dni roboczych)**
			3. Ważność oferty: **................ dni** /nie krótszy niż 14 dni/
			4. Wymagana forma i termin płatności – **przelew 7 dni** od daty dostarczenia asortymentu.
			5. Oświadczamy, że zawarty do ogłoszenia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia na wymienionych niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
			6. Imię i nazwisko, nr telefonu, faxu oraz e-mail osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym: ...............................................................................................................................................................

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

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

 *( pieczęć i podpis/y osób/osoby uprawnionej/do reprezentowania Wykonawcy)*