Załącznik nr 1

**Oferta cenowa**

Zakup repelentów na komary i kleszcze

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa firmy………………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………..

NIP………………………………………………………………………………………………..

REGON…………………………………………………………………………………………..

Osoba upoważniona do kontaktów……………………………………………………………

Telefon e-mail……………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | JM | Ilość | Wartość całkowita  brutto zł. zawierająca koszt dostawy do magazynu zamawiającego |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | Środek przeciw komarom i kleszczom repelent zawierający DEET min. 50% opakowanie min 75 - 80 ml. Do stosowania na skórę w spray. | szt. | 1 500 |  |
| Razem | | | |  |

Termin dostawy do dnia 30.08.2021r. do magazynu medycznego 24 WOG.   
Adres: al. 1 Maja 11, 11 -500 Giżycko.

Imię Nazwisko ……………………………………...