*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć*

**Zał. Nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy*: *…….………………………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy: …………….…………………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………*

*NIP/REGON: ………………………………………………………………………………………………………..*

*KRS (jeśli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………..*

*Numer faks: …………………………………………………………………………………………………………..*

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

*Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail:*

*……………………………………………………………………………………………………………*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Wartość Netto** | **Wartość Vat** | **Wartość Brutto** |
|  | **1** | **2** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | **LAKTATOR SZPITALNY:**  - Fabrycznie nowy,  - Na statywie jezdnym,  - Dwie oddzielne niezależne membrany umożliwiające odciąganie pokarmu z jednej lub obu piersi, - Cykl pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia, - Wyświetlacz wskazujący wybrany tryb pracy,  - Regulowanie szybkości cyklu oraz poziomu podciśnienia , czyli siły ssania,  - Jednorazowy i wielokrotnego użytku osprzęt do odciągania pokarmu,  - Zestawy laktacyjne ze specjalną membrana zapobiegającą przedostawaniu się mleka i wilgoci do przewodów lokatora, - Trwała obudowa umożliwiająca dezynfekcję, | 1 szt. |  |  |  |

*………………………… ………………………………………………….*

*Miejscowość, data Czytelny podpis osoby(osób)*

*upoważnionej(ych) do występowania w imieniu Wykonawcy*