1. **ratDane oferenta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa wykonawcy: |  | Reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji/podpisywania umowy): |  |
| Adres siedziby: |  |  |  |
| REGON: |  | NIP: |  |
| Nr telefonu/ fax: |  | Adres e-mail: |  |

1. **Szczegółowe wymagania dotyczące sposobu wykonania usługi przez Wykonawcę**

Szczegółowe wymagania wobec Wykonawcy zawarte są we wzorze umowy wraz z załącznikami do niej.

Wykonawca załączając do oferty wymagany wzór umowy zobowiązuje się do przyjęcia jej wszystkich warunków, w szczególności w zakresie zakresu i terminów wykonania.

1. **Formularz cenowy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Urządzenie | Model | Producent | Sumaryczna liczba sztuk aparatów (wg Załącznika nr 2) | Cena netto przeglądu w okresie umowy [zł] | Wartość netto oferowanej usługi [zł] | VAT | Wartość brutto oferowanej usługi [zł] |
| 1 | Respirator | R860 | GE Medical System | 12 |  |  |  |  |
| 2 | Respirator**\*** | R860 | 3 |  |  |  |  |
|  |  |  | **Razem** | **15** | **Razem netto** |  | **Razem Brutto** |  |

\* Urządzenie nie wymaga wymiany akumulatora w ramach przeglądu 4-letniego

Stawka za roboczogodzinę : ………………zł netto, VAT: 8%, ……………………………… zł brutto

Stawka za dojazd: ………………zł netto, VAT: …… %, ……………………………… zł brutto

Data związania ofertą, nie krótsza niż 3 tygodnie od daty otwarcia oferty, tj. do dnia: …………………………………

…………………………………………………………………

(miejscowość, data, czytelny podpis upoważnionego Przedstawiciela Oferenta)