|  |  |
| --- | --- |
| **Część Nr 4** | **Sprawa Nr 12/D/2024** |

**ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **CPV 33141115-9** | **Załącznik Nr 2/4 do SWZ**  **Załącznik Nr 1/4 do Umowy** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa | Nazwa  handlowa | Producent | Kraj  pochodzenia | JM | Liczba | Cena jedn. netto (pln) | Wartość netto  (pln) | Stawka VAT | Wartość brutto  (pln) |
| Wata celulozowa w arkuszach. Niepowodująca podrażnień skóry i reakcji alergicznych, rozmiar min. 40cmx60cm.  Opakowanie 5kg |  |  |  | opakowanie | 150 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacja ogólna** | **Parametr wymagany** | **Wypełnia Wykonawca** |
| Czas dostawy do magazynu Zamawiającego –  maksymalnie w ciągu 14 dni roboczych od otrzymania zamówienia przez Wykonawcę | Tak, podać oferowany czas dostawy | …….dni roboczych |
| Termin ważności produktu – nie krótszy niż 24 miesiące od dnia dostawy | Tak, podać termin ważności produktu | ……….miesiące |

**W celu potwierdzenia, że oferowany produkt odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający będzie żądał następujących dokumentów**:

- deklaracja zgodności producenta.

**Miejsce dostaw**: Zespól Medyczny w Warszawie oraz Terenowe Stacje w Krakowie, Wrocławiu, Bydgoszczy, Lublinie, Szczecinie, Gdańsku.

…………..…………….……………….

*znak graficzny podpisu osoby (osób) upoważnionej (ych)*

*do reprezentowania podmiotu*