**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**36/DEG/SP/2024**

**Zakup maceratorów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Macerator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto  (PLN) | Wartość netto  (PLN) | Procent podatku VAT | Kwota podatku VAT  (PLN) | Wartość brutto  (PLN) |
|  | Macerator | szt. | 3\* |  |  |  |  |  |

***\*Zamawiający wymaga dostarczenia wraz z urządzeniem tzw. zestawu startowego w postaci 3 sztuk płynu do dezynfekcji (opakowanie 5-litrowe), 300 sztuk kaczek tradycyjnych oraz 300 sztuk basenów w cenie urządzeń.***

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***