**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:*

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

SYSTEM DO WERYFIKACJI AUTENTYCZNOŚCI LEKÓW

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Wartość netto** **(60 m-cy)** | **Vat** | **Wartość brutto****(60 m-cy)** |
| 1 | System do weryfikacji autentyczności leków  |  |  |  |
| 2 | Bezpłatne użyczenie terminala wraz ze skanerem na czas trwania umowy |  |  |  |

**Zamawiający dopuszcza dołączenie do oferty swojego wzoru umowy.**