|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY** | | | | |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE*** | | | |
| ***Zamawiający*** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**  64–920 Piła, ul. Rydygiera Ludwika 1 | | | |
| ***Wykonawca***  ***pełna nazwa,***  ***adres*** | |  | | |
| ***województwo*** | |  | | |
| ***NIP*** | |  | | |
| ***REGON*** | |  | | |
| ***NR KRS/CEIDG/INNY*** | |  | | |
| ***TELEFON*** | |  | | |
| ***E-MAIL*** | |  | | |
| ***Adres do korespondencji***  ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):*** | |  | | |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ***  ***ZA WYKONANIE***  ***ZADANIA NR\*)***   |  | | --- | |  |   *(podlega ocenie)* | | | **wartość brutto:**  *słownie:*  wartość netto:  *słownie:*  VAT %: | |
| ***TERMIN DOSTAWY***  *(podlega ocenie)* | | |  | |
| ***\*) wpisać nr zadania, w przypadku przystąpienia do większej ilości zadań należy powielić ramkę (oferowana wartość + termin dostaw)*** | | | | |
| ***TERMIN PŁATNOŚCI*** | | **30 dni** | | |
| ***TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA*** | | | | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy |