**Załącznik Nr 1 do zapytania cenowego znak EZZ-04/25 „Dostawa sprzętu medycznego do budynku Polonia”.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP………………………….

Nr telefonu………………….

e-mail……………………….

**Zgodnie z wymaganiami określonymi w opisie przedmiotu zamówienia, przedstawiamy niniejszą ofertę:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość sztuk | Jednostkowa cena brutto w zł | Stawka podatku VAT (%) | Wartość brutto w zł (kol. 3 x kol. 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Aparat qLabs Q3 PL do pomiaru PT INR | 1 |  |  |  |
| 2 | Paski do aparat qLabs Q3 PL do pomiaru PT INR ( opakowanie po 48 sztuk) | 2 |  |  |  |
| 3 | Pompa infuzyjna strzykawkowa seria E Mindray Bene Fusion eSP | 1 |  |  |  |
| 4 | Defibrylator AED Mindray BeneHeart C1A | 1 |  |  |  |
| 5 | Kapsuła Rotaid zewnętrzna Transparent Green z alarmem | 1 |  |  |  |
| 6 | Tablica AED do kapsuły Rotaid- zewnętrzna | 1 |  |  |  |
| 7 | Defibrylator AED Mindray BeneHeart D30 | 2 |  |  |  |

Uwaga: liczby do tabeli należy wpisywać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku. Do oferty załączamy:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………………………………………

miejscowość, data /podpis - za Wykonawcę/