**Dostawa odzieży ochronnej oraz obuwia dla personelu SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy:………………………………………..

Adres Wykonawcy:………………………………………...

Tel./FAX:…………………………………………………...

Adres E-mail:……………………………………………….

1. Gwarancja jakości:

 Oświadczamy, że udzielamy gwarancji jakości na dostarczony przedmiot zamówienia na okres ........ miesięcy (nie mniej niż 12 miesięcy).

1. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ...... dni od daty wystawienia dokumentów rozliczeniowych

1. Inne ..............................................................................................

............................ dn. .....................

....................................................................

*pieczątka i podpis Dostawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Dostawcy*

4.Propozycja ofertowa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto****(zł)** | **Wartość netto****(zł)** | **VAT****(%)** | **Wartość VAT****(zł)** | **Wartość brutto****(zł)** |
| **1** | **Spodnium damskie białe** | 9 |  |  |  |  |  |
| **2** | **Spodnium damskie niebieskie** | 5 |  |  |  |  |  |
| **3** | **Spodnium męskie białe** | 3 |  |  |  |  |  |
| **4** | **Fartuch medyczny damski biały** | 3 |  |  |  |  |  |
| **5** | **Obuwie ochronne damskie** | 230 |  |  |  |  |  |
| **6** | **Obuwie ochronne męskie** | 17 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |