*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 39/DEG/AS/2020*

FORMULARZ CENOWY Rękawice ochronne

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

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

Numer telefonu / e-mail ...........................................................................................................................

1. Formularz cenowy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis asortymentu* | *Jedn. miary* | *Ilość* | *Cena jedn. netto**(zł)* | *Wartość netto**(zł)* | *VAT**(%)* | *Wartość VAT**(zł)* | *Wartość brutto (zł)* |
| 1. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „M”,  | op. (100 szt) |  800 op. |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice diagnostyczne niejałowe, nitrylowe, bezpudrowe, z rolowanym brzegiem mankietu, teksturowana no końcach palców, kształt uniwersalny pasujący na lewą i prawą dłoń, rozmiary „L”, | op. (100 szt) | 400 op |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

2. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie .......... dni (*min 14 dni- max. 60 dni*) od daty wystawienia dokumentów rozliczeniowych

3. Oświadczamy, że nie korzystamy/korzystamy\* z usług podwykonawców. W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców. (zakres, wartość)

 \*niepotrzebne skreślić

4. Inne ..............................................................................................

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

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*