*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego nr 45/DEG/AS/2020*

FORMULARZ CENOWY

Dostawa pasków do glukometrów dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

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

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

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

1. Formularz cenowy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis asortymentu** | **Paski proponowane przez Zamawiającego** | **Paski oferowane przez Oferenta (nazwa, producent)** | **Jedn. miary** | **Ilość na okres trwania umowy (36 miesięcy)** | **Cena jedn. netto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **Wartość VAT (zł)** | **Wartość brutto (zł)** |
| 1. | Paski do pomiaru poziomu glukozy we krwi do glukometrów spełniających normę ISO 15197:2015 | Paski do glukometrów Ixell firmy Genexo |  | op (50 szt.) | 800 |  |  |  |  |  |
|  **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*