**Dostawa papieru toaletowego szarego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy:………………………………………..

Adres Wykonawcy:………………………………………...

Tel./FAX:…………………………………………………...

Adres E-mail:……………………………………………….

1.Propozycja ofertowa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa asortymentu** | **Jedn. miary** | **Średnie zapotrzebowanie na okres 1 miesiąca** | **Zapotrzebowanie na okres trwania umowy** **(6 miesięcy)** | **Cena jedn. netto****(zł)** | **Wartość netto****(zł)** | **VAT****(%)** | **Wartość VAT****(zł)** | **Wartość brutto****(zł)** |
| **1** | Papier toaletowy szary, z tulejką, o średnicy rolki 10 cm. | szt | 2 500 | 15 000 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

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*