**…………………………………. Zał. nr 1**

(nazwa lub pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

(nazwa Wykonawcy)

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

(dokładny adres (siedziba) Wykonawcy)

………………………………………………………………….……………………………………………………

(nr KRS lub CEiDG)

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

(telefon, fax, adres e-mail.)

Przedmiot oferty:

**PRZEGLĄD I KONSERWACJA URZĄDZEŃ MEDYCZNYCH MUŚ BARTOSZYCE**

**OFERTA CENOWA**

W związku z zaproszeniem do składania ofert dotyczącym postępowania na udzielenie zamówienia składamy ofertę na poniższych warunkach:

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie wg poniższego formularza ofertowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Numer seryjny** | **Jm** | **Ilość** | **Cena jednost. netto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **VAT %** | **Wartość brutto (zł)** | |
|  | EUROKLAW 23V-S | 0023VS1269 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | DEFIBRYLATOR AED LIFELINE  SZKOLENIOWY | 180-5021-002 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | DEFIBRYLATOR ZOOL | T08KI07559 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | DEFIBRYLATOR AED PLUS | X16D830073 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | PULSOKSYMETR | 8151031742 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | PULSOKSYMETR | 9550 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | PULSOKSYMETR | 8151031690 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | PULSOKSYMETR ONYX II OXIMETR | 9550 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | PULSOKSYMETR OXIMETR | 9550 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | LAMPA BAKTERIOBÓJCZA TYP VS-320 | 653 | szt | 3 |  |  |  |  | |
|  | LAMPA BAKTERIOBÓJCZA TYP VS-310 | 771743 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | RESPIRATOR PARA PAC-200D | 1811110 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | KARDIOMONITOR BENEVISION  N1 MINDRAY | AA3-8B003198 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | DESKA ORTOPEDYCZNA | B/N | szt | 3 |  |  |  |  | |
|  | DESTYLATOR WODY MELADEST 65 | B/N | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | ZGRZEWARKA EUROSEAL 2001 PLUSEDH041066 | B/N | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | LAMPA POLIMERYZACYJNA | B/N | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA | A99-00392 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | CHŁODZIARKA FAMACEUTYCZNA RLDF 0519 | 19800897900005 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | CHŁODZIARKA FAMACEUTYCZNA RLDF 0510 Z REJSTRATOREM TEMPERATURY | 73155305127 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | SZAFA CHŁODNICZA BEKO WSA 24080 | 7504420004 | szt | 1 |  |  |  |  | |
|  | LODÓWKA BOSCH KGS 3275 | 9022133 | szt | 1 |  |  |  |  | |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |

1. Zobowiązujemy się do realizacji zamówień w terminie wymaganym przez zamawiającego tj**. termin ustalony indywidualnie z MUŚ BARTOSZYCE**
2. Miejsce realizacji usługi:  **JW1248 MUŚ Bartoszyce, ul. Wojska Polskiego 4 , 11-200 Bartoszyce**
3. Akceptujemy warunki płatności zawarte w zapytaniu tj. przelew do 30 dni od daty wystawienia faktury po zrealizowanej dostawie.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo zwiększenia lub zmniejszenia zamawianego asortymentu. 6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem do złożenia oferty, w tym z istotnymi postanowieniami zamówienia i przyjmujemy warunki w nim określone.

……………………………………… ………………………………………….

Miejscowość i data Podpis (podpisy) osób uprawnionych

do reprezentowania