**…………………………………. 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 JW 4808**

**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)** |
|  | DEFIBRYLATOR AED | X16D830077 | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | NOSZE TRANSPORTER WIELOPOZIOMOWY  | FERNO | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | PULSOKSYMETR | NONIN - 8500 | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | RESPIRATOR PARAPAC  | 200D | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | PULSOKSYMETR | NONIN - 9590 | szt | 2 |  |  |  |  |
|  | PULSOKSYMETR | VM | szt | 2 |  |  |  |  |
|  | DEFIBRYLATOR  | LIFEPAK | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | DEFIBRYLATOR AED | POWERHEART | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | RESPIRATOR PARAPAC | 200D | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | NOSZE ZBIERAKOWE ALUMINIOWE  | EUERISE | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | NOSZE EWAKUACYJNE  | STOLLENWERK | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | NOSZE RATUNKOWE   | ENDURO | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | SSAK ELEKTRYCZNY  | SSCORT | szt | 1 |  |  |  |  |
|  | PRZEPŁYWOMIERZ MEDYCZNY O2 |  | szt | 2 |  |  |  |  |
|  | DEFIBRYLATOR CORPULUS 3 |  | szt | 2 |  |  |  |  |
|  **RAZEM** |  |  |  |

1. Zobowiązujemy się do realizacji zamówień w terminie wymaganym przez zamawiającego tj**. termin ustalony indywidualnie z JW 4808**
2. Miejsce realizacji usługi:  **JW4808, ul. E.Kwiatkowskiego 15, 82-300 Elbląg**
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