**Nr sprawy: 08.PU-AZM.2023**

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Dotyczy: postępowania **na dostawę mebli medycznych wraz z montażem**

dla Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii   
i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie wykonawcy – nazwa | NIP |
| Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo) | Regon |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:  Imię i nazwisko: …....................................................................  nr telefonu: ….................................................................... | Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania:  Adres e-mail Wykonawcy:  ……………………………………………………………………………. |
| Kontakt internetowy (strona www)  Jeśli posiada  …………………………………………………….. | Numer konta bankowego na, które należy zwrócić wadium (jeżeli było wymagane i zostało wpłacone w pieniądzu):  Nie dotyczy |

Dotyczy: postępowania **na dostawę mebli medycznych wraz z montażem**  dla Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii   
im. M. Kopernika w Łodzi

1. Oferuję dostawę **mebli medycznych wraz z montażem** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w następujących cenach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Meble medyczne wyszczególnione asortymentowo zgodnie z zestawieniem – zał. nr 1A wykonane w technologii opisanej w zał. nr 1B | 1 kpl. |  |  |  |
| 2 | Dostawa i montaż | 1 kpl. |  |  |  |
|  |  | **RAZEM** |  |  |  |

1. Oferuje termin płatności ……………. (min. 60 dni) od dnia doręczenia faktury.
2. Oferuję dostawę i montaż w terminie do ……… dni (max 70 dni) od dnia zawarcia umowy dostawy.
3. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest P. …………………………

Nr tel. ……………………… E-mail: ………………..

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty: