**Nr sprawy: 14.PU-AZZ.2023**

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Dotyczy: postępowania na dostawę i montaż 2 kompletów systemu uzdatniania wody   
do aparatów do hemodializy dla Oddziału Nefrologicznego 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:  …………………………………………………………………………….  Jeśli dostępny:  Nr fax: …............................................................ |
| 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 i montaż 2 kompletów systemu uzdatniania wody   
do aparatów do hemodializy dla Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika   
w Łodzi.

1. Oferuję dostawęi montaż 2 kompletów systemu uzdatniania wody   
   do aparatów do hemodializy dla Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika   
   w Łodzi.:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Model/typ** | **producent** | **ilość sztuk** | **Cena jedn. netto** | **wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Uzdatniacz wody |  |  | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Kompaktowy zmiękczacz wody |  |  | 2 |  |  |  |  |
|  |  | | |  | **RAZEM** |  |  |  |

Oświadczenie:

Oświadczam, że oferowany sprzęt jest komatybilny z posiadanymi przez Szpital aparatami do hemodializy model Dialog+ Evolution prod. Braun

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w cenie łącznej netto................................,

a wraz z należytym podatkiem VAT w cenie łącznej brutto...........................................,

zgodnie z wymogami opisanymi w formularzu asortymentowo cenowym – zał. 1A.

1. Oferuje termin płatności ……………. (min. 30 dni) od dnia doręczenia faktury.
2. Oferuję datę dostawy w terminie do ……… 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: