Załącznik Nr 1 do SWZ

………………………………………………….. ………………………………….. /nazwa Wykonawcy / /Data/

…………….…………………………………………..

/ adres /

………………………………………………………..

/województwo/

Nr tel. ……………………

e-mail ………………………………

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszu**

ul. Sienkiewicza 2, 12-200 Pisz

**FORMULARZ OFERTOWY – OFERTA DODATKOWA**

Dotyczy: **Dostawa produktów leczniczych, wyrobów medycznych wraz z dzierżawą aparatu do hemodializy do Apteki Szpitalnej; numer referencyjny: P/3/2023**

Pakiet 4

....................................................................................................................................................................................zł netto

.................................................................................................................................................................................... zł brutto

słownie brutto: .....................................................................................................................................................................

*w tym należny podatek VAT:*

*stawka……............ %,*

*stawka……………..% (jeśli dotyczy)*

*Wykonawca/ właściwie umocowany przedstawiciel*

*podpisuje dokument kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobisty*