|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY**  |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE*** |
| ***Zamawiający*** | **Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica**64–920 Piła, ul. Rydygiera Ludwika 1 |
| ***Wykonawca******pełna nazwa,******adres*** |  |
| ***województwo*** |  |
| ***NIP*** |  |
| ***REGON*** |  |
| ***NR KRS/CEIDG/INNY*** |  |
| ***TELEFON*** |  |
| ***E-MAIL*** |  |
| ***Adres do korespondencji*** ***(jeżeli jest inny niż adres siedziby):***  |  |
| ***OFEROWANA WARTOŚĆ******ZA WYKONANIE*** ***ZADANIA NR\*)***

|  |
| --- |
|  |

*(podlega ocenie)* | **wartość brutto:** *słownie:*wartość netto: *słownie:*VAT %:  |
| ***TERMIN DOSTAWY****(podlega ocenie)* |  |
| ***\*) wpisać nr zadania, w przypadku przystąpienia do większej ilości zadań należy powielić ramkę (oferowana wartość + termin dostaw)*** |
| ***TERMIN PŁATNOŚCI*** | **30 dni**  |
| ***TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA*** | **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy  |