WPS.SAG.361-2-1/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ - PAKIET NR 5**

Nazwa Dostawcy: ....................................................................................................................................................

Adres Dostawcy:

ul. ...........................................................kod ...... - ............ miejscowość ....................................

Nr telefonu ................................................

NUMER NIP ............................................... Nr rachunku bankowego ..............................................................................................................

Adres e mail:.................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa asortymentu | Jednostka | Ilość | Cena jednostkowa netto | %  Vat | Vat | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Żel/płyn do dezynfekcji rąk | Opakowanie 5 l | 10 |  |  |  |  |  |  |  |

Płyn do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk o działaniu bakteriobójczym i wirusobójczym.

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | wyrób zgodny z normą Higieniczne mycie rąk (PN-EN 1499; PN-EN 13727)/; Higieniczna dezynfekcja rąk (PN-EN 1500 PN-EN 13727); Chirurgiczna dezynfekcja rąk (PN-EN 12791 PN-EN 13727)/ | tak |  |
| 2 | Okres gwarancji minimum 24 miesięcy | nie |  |
| 3 | Termin ważności produktu minimum 12 miesięcy | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-1/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

---------------------------------------------

(podpis i pieczęć

upoważnionego przedstawiciela)