WPS.SAG.361-2-2/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**SPRZĘT MEDYCZNY - PAKIET NR 3**

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 |
| Ssak mobilny - dentystyczny | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | Nazwa urządzenia, producent, typ | tak |  |
| **2** | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2020 | tak |  |
| **3** | Urządzenie dopuszczone do obrotu lub używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020 poz. 86 z późn. zmian) oraz aktów wykonawczych do ustawy | tak |  |
| **4** | Do odsysania, separacji i pochłaniania odpadów do wbudowanego pojemnika separacyjnego | tak |  |
| **5** | Napięcie znamionowe/ częstotliwość 230V/ 50(60)Hz 110V/ 60Hz | tak |  |
| **6** | Głośność ≤ 48 dB | tak |  |
| **7** | Na kółkach | tak |  |
| **8** | Okres gwarancji minimum 24 miesięcy | tak |  |
| **9** | Instrukcja w języku polskim | tak |  |
| **10** | Czas dostawy w tygodniach | tak |  |

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

---------------------------------------------  
 (podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela)