WPS.SAG.361-2-3/2020 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 jednostkowanetto | %Vat | Vat | Cena jednostkowabrutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Rękawice diagnostyczne nitrylowe jednorazowe | Szt. | 50.000różne rozmiary |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | **Nazwa, producent i typ** | tak |  |
| **2** | Rozmiary: XS – 5.000 szt.; S – 25.000 szt.; M – 15.000 szt.; L- 5.000 szt | tak |  |
| **3** | Pakowane w pudełka po 100 lub 200 szt. | tak |  |
| **4** | Bezpudrowe, syntetyczne, nie zawierają lateksu kauczuku naturalnego | tak |  |
| **5** | Pasują na lewą i prawą rękę | tak |  |
| **6** | Wyprodukowane zgodnie z Dyrektywą (EU) MDD 93/42 – Klasa 1 oraz regulacją (EU) SOI 2016/425 – Kategoria 1 – lub równoważne lub wyższe | tak |  |
| **7** | Termin ważności minimum 24 miesiące | tak |  |
| **8** | Certyfikat CE | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-3/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

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