WPS.SAG.361-2-5/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**ŚRODKI DO DEZYNFEKCJI - PAKIET NR 1**

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 |
| Środek do dezynfekcji wycisków dentystycznych | Litr | 60 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | **Nazwa, producent i typ** | tak |  |
| **2** | preparat dezynfekujący przeznaczony do dezynfekcji wycisków silikonowych, alginatowych, polieterowych i polisiarczkowych. | tak |  |
| **3** | Bakteriobójczy, grzybobójczy , wirusowbójczy | tak |  |
| **4** | Aktywność zawiesinowa badana zgodnie z normami EN 13727, EN 13624,  EN 14348. | tak |  |
| **5** | Aktywność nośnikowa badana zgodnie z normą EN14563. | tak |  |
| **6** | Badanie działania wirusobójczego zgodnie z normą EN14476. | tak |  |
| **7** | Nie zmienia kształtów i wymiarów wycisków | tak |  |
| **8** | Preferowana butelka z rozpylaczem – ale nie jest to parametr konieczny |  |  |
| **9** | Certyfikat CE | tak |  |
| **10** | Termin ważności minimum 24 miesiące | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-5/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

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