WPS.SAG.361-2-7/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ - 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 |
| Pościel medyczna jednorazowa | szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Gramatura min 20 g/m2 | tak |  |
| 2 | Niejałowa, jednorazowa, Poszwa na kołdrę min 140 x200 cm  Poszewka na poduszkę min 40x50 cm  Prześcieradło min 140 x 210 | tak |  |
| 3 | Wykonana z certyfikowanej włókniny | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-7/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

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

(podpis i pieczęć

upoważnionego przedstawiciela)