WPS.SAG.240-64/2020 Załącznik nr 1

1. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

**ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ - PAKIET NR 4**

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 |
| Maseczka medyczna  jednorazowa | szt. | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | **Nazwa, producent i typ** | tak |  |
| **2** | Parametr minimalny: typ I – skuteczność filtracji >95 (maska dwuwarstwowa) lub wyższa, | tak |  |
| **3** | Produkt nowy, rok produkcji 2020 | tak |  |
| **4** | Zgodność z normą europejską EN 14683:2019+AC | tak |  |
| **5** | Z gumkami do zakładania na uszy | tak |  |
| **6** | Oznakowanie znakiem CE | tak |  |
| **7** | Maseczka z wszytym drucikiem lub wkładką modelującą , które umożliwiają dopasowanie do nosa. | tak |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.240-64/2020 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

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