WPS.SAG.361-2-2/2021 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 jednostkowanetto | %Vat | Vat | Cena jednostkowabrutto | Wartość netto | Wartość Vat | Wartość brutto |
| Płyn do dezynfekcji jamy ustnej | litr | 100 |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry wymagane**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru** | **Opis parametru oferowanego przez dostawcę** |
| **1** | **Nazwa, producent i typ** |  |
| **2** | Opakowanie 5 litrowe z kranikiem/dozownikiem |  |
| **3** | Bezalkoholowy doustny środek antyseptyczny zawierający 0,12% Chlorheksydyny + Chlorku Cetylopirydyny 0,05% |  |
| **4** | Środek do stosowania jako dezynfekcja przed i po zabiegach stomatologicznych |  |
| **5** | Termin ważności minimum 24 miesiące |  |
| **6** | Do użytku w gabinetach stomatologicznych |  |

Oświadczam, że oferowane przez nas w formularzu WPS.SAG.361-2-2/2021 produkty spełniają powyższe normy i wymagania

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