Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

………………………………………..

Pieczęć Wykonawcy

**OFERTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zapytanie ofertowe**  | Zakup sprzętu i aparatury medycznej wyposażenia gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach z terenu Gminy i Miasta Wyszogród |
| **Zamawiający:** | Gmina i Miasto Wyszogródul. Rębowska 37, 09-450 Wyszogród |
| **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Nr telefonu/ Nr fax:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Regon:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Termin realizacji zamówienia**  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu/ aparatury medycznej** | **Ilość [szt.]** | **Cena netto [zł]** | **Cena brutto [zł]** |
| 1. | Kozetka | 3 |  |  |
| 2. | Stolik zabiegowy | 3 |  |  |
| 3. | Szafka do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych | 3 |  |  |
| 4. | Biurko | 3 |  |  |
| 5. | Szafka kartoteczna | 3 |  |  |
| 6. | Waga medyczne ze wzrostomierzem | 3 |  |  |
| 7. | Parawan | 3 |  |  |
| 8. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych | 3 |  |  |
| 9. | Stetoskop | 3 |  |  |
| 10. | Tablice Snellena do badania ostrości wzroku | 3 |  |  |
| 11. | Tablice Inhihary do badania widzenia barwnego | 3 |  |  |
| 12. | Tablice-siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników | 3 |  |  |
| 13. | Środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów | 3 |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

1. Oświadczam, że podana cena ryczałtowa nie podlega zmianie w okresie

obowiązywania umowy i zawiera obowiązujący podatek VAT.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z zakresem prac do wykonania i pozyskałem wszelkie konieczne informacje do prawidłowego zrealizowania zamówienia (opis przedmiotu zamówienia ).

3. Oświadczam , iż posiadam niezbędny potencjał techniczny w postaci sprzętu i zasobów ludzkich na wykonanie przedmiotowego zadania.

Nieznajomość powyższego stanu nie będzie stanowić przyczyny dodatkowych roszczeń finansowych.

Dnia ..................................

 ...............................................................

 *( podpis i pieczęć osoby uprawnionej )*