***ZAŁĄCZNIK nr 2***

|  |
| --- |
| ***Zamawiający:***  ***Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu***  ***ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz*** |

**Wykonawca:**

……………………………………………………..……............................................................................................................................................…

*.............................................................................................................................................................................................................*

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………….....................................…......................................................................................

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**telefon:.......................................... fax: ....................................... e-mail: ............................................**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Kryterium – Cena brutto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wartości wynikające z**  **Formularza Cenowego** | **KRYTERIUM Cena** | | | |
| **Wartość netto**  **w PLN** | **Stawka VAT** | **Kwota VAT** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| **Zadanie nr 1** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 2** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 3** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 4** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 5** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 6** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 7** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 8** |  |  |  |  |
| **Zadanie nr 9** |  |  |  |  |

**Kryterium –Termin płatności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Termin płatności w dniach ***(min 30 dni max 60 dni)*** | ***Podać***  Wartość ta będzie przedmiotem oceny w tym kryterium |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Termin realizacji zamówienia od dnia jego złożenia | **do 5 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia** |

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

/ miejscowość, data/ /podpis, pieczątki-osób upoważnionych/

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

( pieczęć Wykonawcy )

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa artykułu (wyrobu) | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa  netto w PLN | Wartość netto pozycji  asortymentowej  (kol.4 x kol.5) | Wartość  podatku VAT | Wartość brutto pozycji  asortymentowej  (kol. 6 + kol. 7) | Producent /  Nr katalogowy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Lejek z drenem o średnicy 24mm | szt. | 300 |  |  |  |  |  |

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

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych/

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

( pieczęć Wykonawcy )

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 9**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa artykułu (wyrobu) | J.m. | Ilość | Cena jednostkowa  netto w PLN | Wartość netto pozycji  asortymentowej  (kol.4 x kol.5) | Wartość  podatku VAT | Wartość brutto pozycji  asortymentowej  (kol. 6 + kol. 7) | Producent /  Nr katalogowy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  | Butelka jednorazowa 80ml mikrobiologicznie czysta | szt. | 9000 |  |  |  |  |  |

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

/ miejscowość, data/ /podpisy, pieczątki-osób upoważnionych/