*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć*

**Zał. Nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy*: *…….………………………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy: …………….…………………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………*

*NIP/REGON: ………………………………………………………………………………………………………..*

*KRS (jeśli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………..*

*Numer faks: …………………………………………………………………………………………………………..*

*Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………...*

*Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail: ………………………………………………………..*

***Zadanie 1 - Dotyczy analizatorów glukozy Eco Twenty Care Diagnostica***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość opakowań na 24 miesiące** | **Cena ofertowa netto** | **Stawka podatku VAT** | **Cena ofertowa brutto** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | Sample cup | 8 |  |  |  |
| **2** | Plastic Capillaries | 8 |  |  |  |
| **3** | System solution | 6 |  |  |  |
| **4** | Glucose Standard Solution | 8 |  |  |  |
| **5** | Probówki do kalibratora i kontrolii | 2 |  |  |  |
| **6** | Elektroda EcoTwenty | 6 |  |  |  |
| **7** | Wężyk pompki | 4 |  |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |  |  |

***Zadanie 2 - Dotyczy dostawy pasków i materiałów kontrolnych do analizatora moczu.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość opakowań na 24 miesiące** | **Cena ofertowa netto** | **Stawka podatku VAT** | **Cena ofertowa brutto** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | Paski do oznaczania parametrów moczu na oferowanym analizatorze moczu | 260 |  |  |  |
| **2** | Kontrola normalna do moczu | 8 |  |  |  |
| **3** | Kontrola patologiczna | 4 |  |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |  |  |

***Zadanie 3 - Dotyczy dzierżawy analizatora moczu***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość miesięcy dzierżawy** | **Miesięczny czynsz dzierżawy w PLN (netto)** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |  |
| **1** | Analizator moczu zgodny z załączonymi warunkami technicznymi | 24 |  |  |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |  |  | |

**Wszystkie zadania do realizacji w jednym pakiecie.**