**Załącznik nr 1**

FORMULARZ OFERTOWY

**1. Zamawiający:** Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi, 91-202 Łódź,   
 ul. Warecka 2.

**2. Pełna nazwa i adres Wykonawcy:**

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

NIP : ......................................................... .REGON: ..............................................................

Nr telefonu: ..................................................nr faxu: .............................................................

e-mail: ..................................................................................

**3. Cena oferty.**

**Zadanie nr 1 - Dostawa trzech sztuk ambulansów typu C/B wraz z wyposażeniem**

Wartość netto całego przedmiotu zamówienia - .....................................zł

Wartość VAT 8% - .....................................zł

Wartość VAT 23% - .....................................zł

Wartość brutto całego przedmiotu zamówienia - .....................................zł

Wartość brutto słownie:..........................................................................................................

zgodnie z:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| Ambulans | 3 |  |  |  |
| Nosze główne z transporterem | 3 |  |  |  |
| Krzesełko transportowe kardiologiczne | 3 |  |  |  |
| Deska ortopedyczna dla dorosłych | 3 |  |  |  |
| Deska ortopedyczna pediatryczna | 3 |  |  |  |
| Respirator transportowy | 3 |  |  |  |
| Defibrylator | 3 |  |  |  |
| Kapnometr | 3 |  |  |  |
| Pompa infuzyjna | 3 |  |  |  |
| Ssak akumulatorowy | 3 |  |  |  |
| Łączność radiowa i SWD | 3 |  |  |  |
| Razem zadanie nr 1 | |  |  |  |

**Termin dostawy (dotyczy zadania nr 1)**

Zobowiązujemy się do realizacji zamówienia w terminie do ……………., ( graniczny termin dostawy do dnia 11 maja 2021 r.)

**Zadanie nr 2 - Dostawa trzech sztuk ambulansów typu C/B wraz z wyposażeniem**

Wartość netto całego przedmiotu zamówienia - .....................................zł

Wartość VAT 8% - .....................................zł

Wartość VAT 23% - .....................................zł

Wartość brutto całego przedmiotu zamówienia - .....................................zł

Wartość brutto słownie:..........................................................................................................

zgodnie z:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| Ambulans | 3 |  |  |  |
| Nosze główne z transporterem | 3 |  |  |  |
| Krzesełko transportowe kardiologiczne | 3 |  |  |  |
| Deska ortopedyczna dla dorosłych | 3 |  |  |  |
| Deska ortopedyczna pediatryczna | 3 |  |  |  |
| Respirator transportowy | 3 |  |  |  |
| Defibrylator | 3 |  |  |  |
| Kapnometr | 3 |  |  |  |
| Pompa infuzyjna | 3 |  |  |  |
| Ssak akumulatorowy | 3 |  |  |  |
| Łączność radiowa i SWD | 3 |  |  |  |
| Razem zadanie nr 2 | |  |  |  |

**Termin dostawy (dotyczy zadania nr 2)**

Zobowiązujemy się do realizacji zamówienia w terminie do ……………., ( graniczny termin dostawy do dnia 11 maja 2021 r.)

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

Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych

do występowania w imieniu Wykonawcy

