**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.**

 **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:  |  |  |  |

**4. Termin dostawy.**

Zobowiązujemy się do realizacji zamówienia w terminie do ……………., ( graniczny termin dostawy do dnia 26 kwietnia 2021 r.)

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy

