**S P E C Y F I K A C J A A S O R T Y M E N T O W O - CENOWA**

**dot. zakupu materacy dla kliniki i zakładów -** Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie - Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j. m.** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto(zł)** | **VAT(%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **PRODUCENT ORAZ INNE DANE IDENTYFIKUJĄCE PRODUKT\* nr kat.**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 (5x6) | 8 | 9 (7x8) | 10 (7+9) | 11 |
|  | **DK/KTS****Materac przeciwodleżynowy:**- zmiennociśnieniowy, zapewniający stałą zmianę punktów podparcia ciała pacjentaPosiadający:- płynną, ręczną regulację ciśnienia w materacu, dobieraną do wagi pacjenta- cykl pracy 10-12 minut- pompę elektryczną z cichym trybem pracy- wyłogi do mocowania na materacu łóżkowym- długość: 200 cm (+-2 cm)- szerokość: 90 cm (+-2 cm)- wysokość: 8 cm (+-2 cm)- waga materaca nie przekraczająca 2 kg- waga pompki nie przekraczająca 1,2 kg- materiał: PCV- kolor: dowolny (oprócz czarnego i białego)- wyrób medyczny CE | Szt.  | 2 |  |  |  |  |  |  |

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym powyżej na kwotę:

 **BRUTTO: ……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

 **NETTO:** **……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres …………….. ( min. 30 dni ) licząc od daty wyznaczonej jako termin składania ofert.
2. Termin płatności: **30 dni licząc od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.**
3. Termin realizacji /dostawy: **zobowiązuję się do wykonywania dostaw w terminie maksymalnie do …… dni roboczych licząc od dnia otrzymania zamówienia.**
4. **Wymagany termin gwarancji min 12 miesięcy od daty dostarczenia towaru.**

 data...................................

 …………………………………………..………………… czytelny podpis