**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na zapytanie w sprawie zakupu Automatycznych Defibrylatorów Zewnętrznych (AED) – 8 sztuk.**

Dane Sprzedawcy:

Nazwa .......................................................................

Adres……………………………………………………

Nr telefonu ................................................................

NIP ............................................................................

REGON ....................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny (AED)**  **Dokładna nazwa/typ/model** | **Gwarancja urządzenia** | **Okres trwałości baterii** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto**  **8 sztuk (cena ofertowa)** |
|  |  |  |  |  |

Słownie (cena ofertowa): …………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

- akceptuję termin realizacji zamówienia do 30.11.2018 r.,

- akceptuję 30 dniowy termin płatności,

- przedstawiony w ofercie model AED spełnia minimalne wymagania określone w opisie

przedmiotu zamówienia,

- akceptuję wszystkie wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia.

…………………………………..

(data i podpis Wykonawcy)