FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 6/ZD/2024 za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Termin ważności** | **Wartość netto****[zł]** | **VAT****[%]** | **Wartość brutto****[zł]** |
| 1. | FSME Immun 2,4 mcg/05 ml, prod. Pfizer, ampułkostrzykawka | 250 |  |  |  |  |
| 2. | NIMENRIX, prod. Pfizer, fiolka + ampułkostrzykawka | 30 |  |  |  |  |
| 3. | AVAXIM 16O U 0,5 ml, prod. SANOFI PASTEUR, ampułkostrykawka | 30 |  |  |  |  |
| 4. | CLODIVAC 0,5 ml prod.BIOMED,ampułka  | 30 |  |  |  |  |
| 5. | IMOVAX POLIO 0,5ml prod.SANOFI PASTEUR,ampułkostrzykawka | 30 |  |  |  |  |
| 6. | TYPHIM Vi 0,5 ml prod.SANOFI PASTEUR,ampułkostrykawka | 30 |  |  |  |  |
| 7. | TETANA 0,5ml prod. BIOMED,ampułka | 10 |  |  |  |  |
| 8. | PRIORIX 0,5 ml prod.GlaxoSithKline Biological SA, ampułkostrzykawka | 7 |  |  |  |  |

Termin ważności oferty: do dnia ……………….

Oświadczam, że zapoznałem się z formularzem informacyjnym RODO

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)