

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i siedziba Wykonawcy

.....
.....

NIP..... REGON.....

tel. fax.....

Do: Nazwa i siedziba Zamawiającego: SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSW w Otwocku, ul. B. Prusa 1/3

Część 1.

ALKOMETR Z WBUDOWANĄ PAMIĘCIĄ (stacjonarny):

Nazwa producenta:..... model:

Wartość netto: wartość brutto:

Oświadczam, że zaproponowany przez nas sprzęt medyczny jest zgodny z parametrami określonymi w pkt. 1 zapytania ofertowego Zamawiającego.

.....

data i podpis Wykonawcy

Część 2.

ALKOSENSOR:

Nazwa producenta:..... model:

Wartość netto: wartość brutto:

Oświadczam, że zaproponowany przez nas sprzęt medyczny jest zgodny z parametrami określonymi w pkt. 2 zapytania ofertowego Zamawiającego.

.....

data i podpis Wykonawcy

