Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY WYKONAWCY

**Zamówienia o wartości szacunkowej poniżej 130 000 zł.**

**I. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO**

Nazwa zamawiającego: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzozowie

Adres zamawiającego: ul. Ks.J. Bielawskiego 16

Kod. Miejscowość: 36-200 Brzozów

Telefon: 13 43 43 485

Faks: 13 43 40 201

Adres strony internetowej: www.spzozbrzozow.pl

Adres poczty elektronicznej: spzozbrzozow@onet.pl

**II.** **Przedmiot zamówienia (nazwa)**

**„Dostawa oraz montaż drzwi wewnętrznych wraz z obróbką”**

**VI. Nazwa i adres WYKONAWCY**

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

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

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

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

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

*(pieczęć wykonawcy)*

**Zakup, montaż drzwi wewnętrznych wraz z obróbką**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa towaru – opis | Ilość | Prawe lub lewe | Rozmiar | Cena brutto |
| 1 | Gabinet lekarski (nr 1) | 1 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 2 | Gabinet Zabiegowy ( nr 2 ) | 1 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 3 | WC dla osób niepełnosprawnych | 2 | Lewe  Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 4 | Gabinet lekarski ( nr 3) | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 5 | Gabinet lekarski ( nr 4) | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 6 | Gabinet szczepień | 1 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 7 | Punk Pobrań Materiałów do Badań | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 8 | Gabinet EKG | 1 | Prawe | Szer. 84 ( posz. 94)  Wys. 205 |  |
| 9 | Gabinet lekarski ( nr 7 ) | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 10 | Gabinet Zabiegowy ( nr 8 ) | 1 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 11 | Gabinet lekarski ( nr 9 ) | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 12 | WC Męskie  Damskie | 2 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 13 | Gabinet lekarski ( nr 12 ) | 1 | Lewe | Szer. 84 ( posz. 94)  Wys. 205 |  |
| 14 | Gabinet Pielęgniarki POZ ( nr 14 ) | 1 | Prawe | Szer. 94  Wys. 205 |  |
| 15 | Gabinet lekarski ( nr 15 ) | 1 | Lewe | Szer. 94  Wys. 205 |  |

**Razem słownie złotych brutto:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Akceptuję/my termin wykonania zamówienia określony w zapytaniu ofertowym.

……………………………… ……………………………

/miejscowość, data/ /podpis osoby upoważnionej/