FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 8/ZD/2024 za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Termin ważności** | **Wartość netto**  **[zł]** | **VAT**  **[%]** | **Wartość brutto**  **[zł]** |
| 1. | ENGERIX B 1 ml prod. GlaxoSmithKline Biologicals S.A., ampułko-strzykawka | 15 |  |  |  |  |
| 2. | NIMENRIX 0,5 ml prod. Pfizer, fiolka + ampułko-strzykawka | 30 |  |  |  |  |
| 3. | AVAXIM 16O U 0,5 ml, prod. SANOFI PASTEUR, ampułko-strzykawka | 15 |  |  |  |  |
| 4. | CLODIVAC 0,5 ml prod. BIOMED, ampułka | 30 |  |  |  |  |
| 5. | IMOVAX POLIO 0,5ml prod. SANOFI PASTEUR, ampułko-strzykawka | 5 |  |  |  |  |
| 6. | TYPHIM Vi 0,5 ml prod. SANOFI PASTEUR,ampułko-strzykawka | 5 |  |  |  |  |
| 7. | PRIORIX 0,5 ml prod. GlaxoSithKline Biological S.A., ampułko-strzykawka | 5 |  |  |  |  |

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

Oświadczam, że zapoznałem się z formularzem informacyjnym RODO

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)