**Załącznik nr 12** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia po modyfikacji

**Opis przedmiotu zamówienia dla części V zamówienia - Zakup pasków do gleukometru.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
| ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… |
| ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Wartość netto***  obliczyć: 4 x 5) | ***Stawka  % VAT*** | ***Kwota***  ***VAT***  (obliczyć: 6 x 7) | ***Wartość***  ***brutto***  (obliczyć: 6 + 8) | ***Producent***  ***i nazwa*** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** | ***8.*** | ***9.*** | ***10.*** |
| 1. | Paski do glukometru Accu Chek Activ op 50 sztuk | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Paski do glukometru ACCU CHEC Performa Nano op . 50 sztuk | op | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2019 r.

…………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

**Załącznik nr 12A** do specyfikacji istotnych warunków zamówienia po modyfikacji

**Opis przedmiotu zamówienia dla części V zamówienia - Zakup pasków do gleukometru.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
| ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… |
| ……… | ……………………………………………………………………………………….. | …………………………………… |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa opatrunku** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Wartość netto***  obliczyć: 4 x 5) | ***Stawka  % VAT*** | ***Kwota***  ***VAT***  (obliczyć: 6 x 7) | ***Wartość***  ***brutto***  (obliczyć: 6 + 8) | ***Producent***  ***i nazwa*** |
| ***1.*** | ***2.*** | ***3.*** | ***4.*** | ***5.*** | ***6.*** | ***7.*** | ***8.*** | ***9.*** | ***10.*** |
| 1. | Paski do glukometru iXell | op | 30 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | **XX** |  |  | **XX** |

………………………………, dnia ………………………… 2019 r.

…………………..………………………………………………

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

Zamawiający dopuszcza składanie ofert dla poszczególnego pakietu lub na oba pakiety razem.