**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA
 dot. sukcesywnej dostawy masek dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie - Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach**

**Zadanie nr 2 : Maski z osłoną.**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j. m.** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto(zł)** | **VAT(%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **PRODUCENT ORAZ INNE DANE IDENTYFIKUJĄCE PRODUKT\* nr kat.**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 (5x6) | 8 | 9 (7x8) | 10 (7+9) | 11 |
|  | **Maska Chirurgiczna z osłoną na oczy**: czterowarstwowa, odporna na przesiąkania, maska musi posiadać wkładki typu anti fogging chroniące przed zaparowaniem, wiązana na troki, spełniająca normy EN 14683 (typ IIR) lub równoważną, skuteczność filtrowania bakterii powyżej 98%, oddychalność - ciśnienie różnicowe poniżej 49pa/cm2, wymiar 180 x 90 mm, kolor niebieski, pakowana po 50 sztuk w kartonik typu dyspenser. Materiał , szwy nieulegające rozerwaniu przy rozciągnięciu. | Szt.  | **1700** |  |  |  |  |  |  |

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym powyżej na kwotę:

 **NETTO:** **……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

**BRUTTO: ……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na **okres ……………..** ( min. 30 dni ) licząc od daty wyznaczonej jako termin składania ofert.
2. Termin płatności: **30 dni licząc od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.**
3. Termin realizacji /dostawy: **zobowiązuję się do wykonywania dostaw w terminie maksymalnie do …………… dni roboczych licząc od dnia otrzymania zamówienia.**
4. Wymagany termin gwarancji / ważności **min 24 miesiące od daty dostarczenia towaru.**