……………………

Data, miejscowość

**Załącznik nr 1**

**Propozycja cenowa**

Wykonawca:

**Nazwa firmy :……………………………………………………………….**

**Adres firmy :** ……………………………………………………………………

*kod, miejscowość, ulica, województwo*

Numer telefonu : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Numer Fax : . . . . . . . . . . . . . . . . .

e-mail : ………………………………………………………………………

Wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej

będzie dostarczone do **Zespołu Szkół Publicznych w Szewnie**

ul. M. Langiewicza 3,

27-400 Ostrowiec Świętokrzyski

tel. 41 2656070

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | ***Nazwa*** | Ilość | Cena brutto za 1 sztukę | Wartość brutto |
|  | Kozetka lekarska | 1 |  |  |
|  | Szafa lekarska medyczna metalowa | 1 |  |  |
|  | Stolik zabiegowy z pojemnikami | 1 |  |  |
|  | Szafa kartotekowa | 1 |  |  |
|  | Waga lekarska z wzrostomierzem | 1 |  |  |
|  | Tablica Snellena do badania wzroku | 2 |  |  |
|  | Tablica Ishihara, 14 stronic | 1 |  |  |
|  | Parawan medyczny 2-częściowy | 1 |  |  |
|  | Biurko na przechowywanie dokumentów medycznych | 1 |  |  |
|  | Środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów | 1 |  |  |
|  | Apteczka przenośna pierwszej pomocy | 1 |  |  |
|  | Stetoskop | 1 |  |  |
|  | Ciśnieniomierz | 1 |  |  |
|  | Siatki centylowe | 2 |  |  |
| **CAŁKOWITY KOSZT/Cena brutto , cyfrowo.......................................................,**  **słownie......................................................................................................................** | | | | |

1. Oświadczam, iż zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń

2.Termin realizacji zamówienia……………………………………………………………….

3.Okres gwarancji ……………………………………………………………………………..

4.Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w propozycji cenowej.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………  Miejscowość, data | ……………………….……………………………  Pieczątka i podpis Wykonawcy/osoby upoważnionej  do reprezentowania Wykonawcy |