Zał. nr 1

....................................... ....................................., dnia ......................

(pieczęć/nazwa Wykonawcy) (miejscowość) (data)

**Formularz Ofertowy**

dotyczący elektrod do defibrylatora ZOLL AED PLUS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Data ważności nie krótsza niż (jeżeli krótsza to podać jaka?)** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** **(razem z dostawą)** | **Wartość brutto (razem z dostawą)** |
| 1. | Elektrody do defibrylatora ZOLL AED PLUS:* Elektrody ZOLL CPR Stat-Padz II
 | 16 szt. | 12/2025 |  |  |  |
| 2. | Elektrody do defibrylatora ZOLL AED PLUS Elektrody pediatryczne ZOLL Pedi-Padz II | 6 szt. | 12/2025 |  |  |  |

Wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia ujęte są w kwocie oferty (załadunek, transport, itp.).

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

 (pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)