**Załącznik nr 1**

*Wzór formularza ofertowego*

**OFERTA**

**1. Dane dotyczące wykonawcy:**

Nazwa ……………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………..……………………

Siedziba…………………………...…………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………….……….

Nr telefonu/faks/e-mail: ……………………………...………………………...…………………………………………

nr NIP ….……………………..…………………………………………………………………

nr REGON …….…………………………………………………………………......................

2. Odpowiadając na zapytanie ofertowe pn.: **Zakup wraz z dostawą sprzętu do wypożyczalni sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego,** oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego** | | **Ilość**  **w szt.** | **Cena jednostkowa**  **(z VAT)** | **Cena dostawy**  **(kol. 3 x kol. 4)**  **(z VAT)** |
| *1* | *2* | | *3* | *4* | *5* |
| 1. | Łóżko medyczne dla seniora/rehabilitacyjne | | 10 szt. |  |  |
| 2. | Materac przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy, bąbelkowy | | 2 szt. |  |  |
| 3. | Materac przeciwodleżynowy, zmiennociśnieniowy, rurowy | | 4 szt. |  |  |
| 4. | Materac rehabilitacyjny składany 3-częściowy | | 4 szt. |  |  |
| 5. | Pneumatyczna miska do mycia głowy z prysznicem | | 2 szt. |  |  |
| 6. | Składany podjazd do wózka inwalidzkiego tzw. rampa | | 2 szt. |  |  |
| 7. | | Wózek inwalidzki | 2 szt. |  |  |
| 8. | | Wózek inwalidzki lekki aluminiowy ręczny | 2 szt. |  |  |
| 9. | | Podnośnik transportowo-kąpielowy pacjenta | 2 szt. |  |  |
| 10. | | Balkonik 2 kółka z kulką | 2 szt. |  |  |
| 11. | | Balkonik z siedziskiem i hamulcami | 2 szt. |  |  |
| 12. | | Laska czworonóg inwalidzki | 2 szt. |  |  |
| 13. | | Drabinka do łóżka | 2 szt. |  |  |
| 14. | | Taboret pod prysznic | 2 szt. |  |  |
| 15. | | Wózek prysznicowy | 2 szt. |  |  |
| 16. | | Stolik przyłóżkowy | 2 szt. |  |  |
| 17. | | Kule ortopedyczne łokciowe | 10 szt. |  |  |
| 18. | | Kule ortopedyczne pachowe | 10 szt. |  |  |
| 19. | | Koncentrator Tlenowy Aerti | 2 szt. |  |  |
| 20. | | Rower trójkołowy dla osób z problemami mobilnymi | 1 szt. |  |  |
|  | | **Razem cena oferty (poz. 1-20):** | x | x |  |

Cena słownie: .................................................................................................................................................zł

w tym podatek VAT w wysokości ................................................. zł, .................. %.

............................, dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_ r. .........................................................

*podpis osób uprawnionych do składania świadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki*