

	<b>GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO</b> <b>UNIwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu</b> ul. Polna 33, 60-535 Poznań	F16a-ZP	
	Formularz asortymentowo - cenowy		Wydanie 1      Strona 1 z 2

HEALTHY FOOD MD Sp. z o.o., Bartoszewice 23, 63-930 JUTROSIN

(Nazwa i adres Wykonawcy)

Załącznik nr 1 do SWZ

**Część nr 2- Ryby i przetwory rybne**

L.p.	Opis przedmiotu zamówienia	Jedn. miary	Prognozowana ilość zapotrzeb. jednorazowego	Ilość zapotrzeb. półrocznego	Nazwa handlowa / Producent	Cena jedn. netto	Stawka VAT [%]	Cena jedn. brutto (7x8)	Wartość pozycji netto (5x7)	Kwota VAT [zł]	Wartość pozycji brutto (10+11)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Filet z mintaja b/s mrożone	kg.	40	200	Filet z mintaja b/s mrożone /Nord Capital	17,50	5	18,38	3500,00	175,00	3675,00
2.	Filet z dorsza b/s mrożone, czerniak	kg.	40	2500	Filet z dorsza b/s mrożone / Nord Capital	26,40	5	27,72	66000,00	3300,00	69300,00
3.	Karp tuszki	kg.	40	40	Karp tuszki/ Panix	40	5	42,00	1600,00	80,00	1680,00
4.	Śledzie solone filet (matjasy)	kg.	40	250	Śledź solony matjas/ Panix	15,50	5	16,28	3875,00	193,75	4068,75
5.	Tuńczyk kawałki w sosie własnym	kg.	30	120	Tuńczyk kawałki w sosie własnym /MK	30,00	5	31,50	3600,00	180,00	3780,00
6.	Tuńczyk kawałki w oleju	kg.	30	200	Tuńczyk kawałki w oleju / MK	30,00	5	31,50	6000,00	300,00	6300,00
<b>Razem:</b>									<b>84575,00</b>	<b>4228,75</b>	<b>88803,75</b>

Wymagania dla przedmiotu zamówienia:



**Formularz asortymentowo - cenowy**

1. Jakość dostarczanych ryb i przetworów rybnych nie może budzić zastrzeżeń – opakowania muszą być opisane, nieuszkodzone, zaopatrzone w widoczną datę przydatności do spożycia i zgodne z obowiązującymi normami. Wyprodukowane zgodnie z obowiązującymi ustawami i rozporządzeniami Min. Roln. i Min. Zdrowia (Ustawa z dnia 25.08.2006 o warunkach zdrowotnych żywności i żywienia, oraz wytycznymi GMP, GHP i HACCP).
2. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczania artykułów żywnościowych identycznych z zaproponowanymi w ofercie.
3. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczania oferowanych artykułów żywnościowych, do Kuchni szpitalnej w terminie **2 dni** od momentu złożenia zamówienia przez Kierownika Działu Żywnienia.

Adres e-mail / fax / nr tel., pod który Zamawiający wyśle zamówienie:..... *inwestycje@wp.pl* ..... *506 395 332* .....

Osobą reprezentującą Wykonawcę w kontaktach w zakresie realizacji umowy jest:..... *Damian Orzech* .....

*Elektroniczny podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty*