**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa asortymentu** | **Nazwa handlowa** | **Cena jednostkowa**  **[zł netto/szt.]** | **Stawka VAT**  **[%]** |
|  | RĘCZNIK DUŻY |  |  |  |
|  | RĘCZNIK MAŁY |  |  |  |
|  | KREM OCHRONNY DO RĄK |  |  |  |
|  | PASTA BHP |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Czas dostawy** (licząc od dnia otrzymania zamówienia) |  | | [dni roboczych] |
| **Schemat płatności\*** | 1 faktura zbiorcza na miesiąc obejmująca wszystkie dostawy z terminem płatności 30 dni od daty doręczenia | |  |
| 1 faktura zbiorcza na miesiąc obejmująca wszystkie dostawy z terminem płatności 14 dni od daty doręczenia | |  |
| faktura po każdej dostawie z terminem płatności 30 dni od daty doręczenia | |  |
| **Okres związania ofertą** (min. 90 dni) |  |  | [dni] |
| **Okres gwarancji** |  |  | [miesięcy] |
| **Okres zdatności do użytkowania** |  |  | [miesięcy] |

*\* - zaznaczyć właściwe - "X"*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osoba do kontaktu:** | | |
| **Imię i Nazwisko** | **Nr telefonu** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dn. r. |  |  |
| *Miejscowość i data* | *Imię i Nazwisko\*\** | *Podpis\*\** |

*\*\* - zgodnie z dokumentami rejestrowymi oraz ew. pełnomocnictwem*