

Znak sprawy: **EZ-ZR/65/2019**

## Formularz ofertowy

### Zakup

(nazwa rodzaju zamówienia)

I. Nazwa i adres Zamawiającego

**Miejskie Przedsiębiorstwo Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o.**

**ul. Okrzei 6**

**73-110 Stargard, NIP 854-001-15-20**

II. Opis przedmiotu zamówienia: **Sukcesywna dostawa testów kuwetowych do spektrofotometru DR 3900 HACH LNGE (zgodnie z załącznikiem)**

a) termin wykonania zamówienia: do 31.12.2020 r.

b) okres gwarancji: .....

c) warunki płatności: **przelewem do 30 dni od daty otrzymania faktury**

d) transport: dostawcy

III. Forma złożenia oferty:

Ofertę na formularzu ofertowym należy złożyć w terminie do dnia **29.11.2019 r.** w formie\*:

- Pisemnej (osobiście, listownie) na adres: **j.w.**, lub
- W wersji elektronicznej na e-mail: **oferty@mpgk.stargard.pl**

IV. Nazwa i adres Wykonawcy; .....

.....

.....

NIP: ..... Nr rachunku bankowego: .....

Tel kontaktowy....., adres email:.....

1. Oferuje wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Wartość netto:.....zł

Podatek VAT: ..... zł

Wartość brutto: ..... zł

Słownie brutto: .....

2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

Oświadczam, że w przypadku wybrania oferty, umowę podpisze:

1.....

(imię i nazwisko)

(pełniona funkcja)

3. Załącznikami do niniejszego formularza są:

1) **Zestawienie cen jednostkowych**

UWAGA:

**Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty, której cena będzie najniższa**

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

Podpis osoby upoważnionej

\* nie potrzebne skreślić

## Załącznik 1

L p.	Nazwa	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa	Wartość netto	Wartość brutto
1	Test LCK 304 Amoniak 0,015-2,0 mg/l NH <sub>4</sub> , liczba testów 25	op	24			
2	Test ChZT LCI 500 0-150 mg/l O <sub>2</sub> liczba testów 25	op	6			
3	Test LCK 138 Azot ogólny N 1-16 mg/L TNb, liczba testów 25	op	18			
4	Test LCK 348 Fosfor ogólny/ortofosforany 0,5-5 mg/l, PO <sub>4</sub> -P 1,5-15 mg/l PO <sub>4</sub> liczba testów 25,	op	12			
5	Test LCK 339 Azotany 0,23-13,5 mg/l NO <sub>3</sub> -N, 1-60 mg/l NO <sub>3</sub> liczba testów 25	op	24			
6	Test ChZT LCI 400 0-1000 mg/l O <sub>2</sub> liczba testów 25	op	6			
Razem:						