**Formularz informacyjny**

Dane potencjalnego oferenta zainteresowanego współpracą z RARS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa potencjalnego oferenta**  |  |
|  | **Adres** |  |
|  | **Telefon** |  |
|  | **E-mail**  |  |

Dane dotyczące towaru/towarów zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa własna****typ/model** | **Klasa medyczna wyrobu**  | **J.m.** | **Ilość towaru możliwa do dostarczenia w 2025 r. w terminie do dnia:** | **Szacunkowa ilość czasu na dostawę towaru od momentu podpisania umowy****(dni)** | **Szacunkowa cena jednostkowa z podatkiem VAT** **(zł)** | **Stawka VAT****(%)** | **Nazwa producenta** | **Siedziba producenta****(kraj)** | **Miejsce produkcji****(kraj)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | **Otoskop z oftalmoskopem** |  |  |  | 30.04 - …………30.06 - …………29.08 - …………31.10 - ………… |  |  |  |  |  |  |
| 2.  | **Stetoskop/** **fonendoskop internistyczny** |  |  |  | 30.04 - …………30.06 - …………29.08 - …………31.10 - ………… |  |  |  |  |  |  |

Dodatkowe uwagi / czynniki wpływające na termin dostawy towaru, możliwe opóźnienia, problemy logistyczne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….……………………………..

Czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentowania potencjalnego oferenta

**Informacji zawartych w formularzu nie należy traktować jako oferty w rozumieniu k.c.**