**Formularz informacyjny**

Dane potencjalnego oferenta zainteresowanego współpracą z RARS:

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

Dane dotyczące towaru/towarów zgodnie z poniższą tabelą:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania**  | **Nazwa wyrobu** | **Nazwa własna****typ/model** | **Czy towar jest wyrobem medycznym? Tak/Nie** | **Klasa medyczna wyrobu (o ile dotyczy)**  | **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)** | **Czy towar wymaga wykonywania przeglądów technicznych \*****(Tak/Nie)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 1. | Urządzenie do transportu chorych zakaźnie |  |  |  | szt. | 30.04 - …………30.06 - …………29.08 - …………31.10 - ………… |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Izolatorium podciśnieniowe  |  |  |  | szt. | 30.04 - …………30.06 - …………29.08 - …………31.10 - ………… |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku jeśli zaproponowany towar wymaga dokonania przeglądu technicznego w czasie udzielonej rozszerzonej rękojmi/gwarancji należy uwzględnić przegląd
w szacunkowej cenie towaru.

**Dodatkowe informacje dla zadania nr 1:**

1. Izolator wyposażony w jednostkę filtrowentylacyjną: **TAK / NIE**
jeżeli TAK – podać rodzaj filtra, zgodność z normą, termin ważności filtra: ……………..…………………………………………..…………..
2. Zasilanie akumulatorowe: **TAK / NIE**
jeżeli TAK – podać czas pracy akumulatora: ………………………………………………………………………………………………………..
3. Powłoka izolatora: **JEDNORAZOWA / WIELORAZOWA**
materiał / ilość sztuk w zestawie: ………..……………………………………………………………………………………………………………

**Dodatkowe informacje dla zadania nr 2:**

1. Izolator wyposażony w jednostkę filtrowentylacyjną: **TAK / NIE**
jeżeli TAK – podać rodzaj filtra, zgodność z normą, termin ważności filtra: ……………..…………………………………………..…………..
2. Powłoka izolatora: **JEDNORAZOWA / WIELORAZOWA**
materiał / ilość sztuk w zestawie: ………..……………………………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dodatkowe uwagi / wyjaśnienia / uzupełnienia / istotne parametry dotyczące proponowanego towaru:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………….……………………………..

Czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentowania potencjalnego oferenta

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