

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
ДОМ ЗДРАВЉА МЛАДЕНОВАЦ
Краљице Марије број 15
Младеновац

ОБРАЗАЦ ПОНУДЕ

Понуда бр. _____ од _____ за набавку добра – нерегистровани лекови
Обавезујемо се да квалитетно извршимо набавку наведених добара поштујући све важеће прописе.

ОПШТИ ПОДАЦИ О ПОНУЂАЧУ

НАЗИВ ПОНУЂАЧА:	
АДРЕСА ПОНУЂАЧА:	
МАТИЧНИ БРОЈ ПОНУЂАЧА:	
ПИБ:	
ИМЕ ОСОБЕ ЗА КОНТАКТ:	
ЕЛЕКТРОНСКА ПОШТА (e-mail):	
ТЕЛЕФОН:	
ТЕЛЕФАКС:	
Број рачуна понуђача и назив банке:	
Лице овлашћено за потписивање уговора:	
ОДГОВОРНО ЛИЦЕ – директор:	

Место и датум

П О Н У Ђ А Ч

Име и презиме овлашћеног лица

М.П.

Потпис овлашћеног лица

Штамбилъ понуђача

Број понуде: _____

ПОНУДА ЗА НАБАВКУ НЕРЕГИСТРОВАНИХ ЛЕКОВА

Р.Б.	Назив - опис	Произвођач	Јед. Мер е	колич ина	Цена по Ј.М.без ПДВ-а	Укупно без ПДВ-а.	Укупно са ПДВ-ом.
1.	AMINOPHILINA S.A.L.F AMP. 240MG/10ML		Амп ула	2600			
2.	ADRENALINA S.A.L.F AMP. 1MG/ML		Амп ула	500			
3.	GLUCOSIO, 50% INF.1X 100 ML		Бочи ца	50			
4.	NALOXON, AMP.0,4MG/ML		Амп ула	50			
УКУПНО							

Услови:

-Плаћање по испостављеној факури и достављеној роби се врши у року од _____ дана од датума испостављања фактуре-рачуна.: _____

- Рок и начин испоруке: _____

-Рок важења понуде изражен у броју дана од дана отварања (неможе бити краћи од 30 дана) : _____

- Гарантни рок: _____

-Остали услови: _____

Место: _____

М. П.

потпис овлашћеног лица

Датум : _____

Напомена: Понуђачи су дужни да попуне све тражене податке и овере печатом.

Понуде доставити до 25.02.2022. године до 11 часова скенирано на емаил nabavke@dzmladenovac.rs или препорученом поштом на адресу Дом здравља Младеновац, Краљице Марије број 15