

Понуда бр. _____ од _____ за набавку добра – стоматолошки материјал.

Обавезујемо се да квалитетно извршимо набавку наведених добара поштујући све важеће прописе и стандарде.

За средства која подлежу регистрацији код Агенције за лекове и медицинска средства потребно је доставити важеће решење Агенције за лекове и медицинска средства за стављање средства у промет. Спаковати према редоследу добара из спецификације и на сваком решењу уписати број ставке на коју се односи и подвући на решењу генерички назив где се налази). Уколико понуђач није и носилац решења од АЛИМС-а за средства која подлежу регистрацији код Агенције за лекове и медицинска средства потребно је да достави овлашћење од носиоца решења АЛИМС-а да може да учествује у предметној набавци и каталоге за све ставке (обележено са бројем ставке).

Понуде и пратећу документацију доставити скенирано на емаил nabavke@dzmladenovac.rs или поштом на адресу Дом здравља Младеновац Краљице Марије број 15 најкасније до 18.08.2023. године до 11 часова. Критеријум за избор је најнижа понуђена цена под истим условима.

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:		
Прихватам све услове постављене конкурсном документацијом, (заокружити опцију-или обележити на одговарајући начин да се може закључити која опција је у питању)!	ДА	НЕ

Штамбиљ понуђача

Број понуде: _____

ПОНУДА ЗА АНЕСТЕТИК АРТИКАИН ИЛИ ОДГОВАРАЈУЋЕ

Р.Б	Назив – опис	Произвођач	Ј.М.	Оријентациона количина	Цена по Ј.М. без ПДВ-а	Укупно без ПДВ-а	Укупно са ПДВ-ом.
1.	Артикаин 4% 1,7мл.или одговарајуће		Ком.	2.000			
Укупно							

Услови: :

Услови, рок и начин плаћања: _____

-Динамика и начин достављања: _____

-Рок испоруке: _____

-Гарантни рок: _____

-Рок важења понуде изражен у броју дана од дана отварања (не може бити краћи од 60 дана) : _____

-Остали услови: _____

Место: _____

М. П.

НАЗИВ ПОНУЂАЧА

Датум : _____

Потпис овлашћеног лица

ОБРАЗАЦ ТЕХНИЧКЕ СПЕЦИФИКАЦИЈЕ ЗА АНЕСТЕТИК АРТИКАИН ИЛИ ОДГОВАРАЈУЋЕ

Р.Б	Назив добра – опис	ДА	НЕ	НАПОМЕНА
1.	Артикаин 4% 1,7мл.или одговарајуће			

Напомена: Понуђачи су дужни да у колонама ДА/НЕ испуне да ли понуђено добро испуњава тражене карактеристике, а у колони НАПОМЕНА прецизно наведу место где је тражена техничка карактеристика описана у проспектно / техничкој документацији или другом одговарајућем документу (тражене карактеристике обележити у достављеном документу).

Уколико понуђач не попуни наведене податке из обрасца сматраће се да понуђено добро не испуњава захтеве тражене документацијом и понуда ће бити одбијена као неприхватљива

Место: _____

М. П.

НАЗИВ ПОНУЂАЧА

Датум : _____

Потпис овлашћеног лица