

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).

Понуде и пратећу документацију доставити скенирано на емаил [nabavke@dzmladenovac.rs](mailto:nabavke@dzmladenovac.rs) или поштом на адресу Дом здравља Младеновац Краљице Марије број 15 најкасније до 18.06.2021. године до 12 часова.

Критеријум за избор је најнижа понуђена цена под истим условима.

#### ОПШТИ ПОДАЦИ О ПОНУЂАЧУ

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