

Понуда бр. _____ од _____ за набавку добра – медицински ситан ивентар.

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.

Понуде и пратећу документацију доставити скенирано на емаил nabavke@dzmladenovac.rs или поштом на адресу Дом здравља Младеновац Краљице Марије број 15 најкасније до 24.10.2022. 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 МЕДИЦИНСКИ ПОТРОШНИ МАТЕРИЈАЛ

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.	АМБУ БАЛОН за одрасле, силиконски, самоширећи балон за вештачко дисање, да је подложен стерилизацији у комплекту са маском број 4 или одговарајуће.		Ком.	3			
2.	Медицински бубрежњак од инокса или нерђајућег челика димензије 25цм x 14 цм или одговарајуће.		Ком.	3			
3.	Маказе за сечење газе велике 18 цм или одговарајуће.		Ком.	1			
4.	Метална четка за чишћење инструмената (за пеане и пинцете) фи 15 mm дужина 120 mm или одговарајуће.		Ком.	1			
Укупно							

Услови: _____

Услови, рок и начин плаћања: _____

-Динамика и начин достављања: _____

-Рок испоруке (не дужи од 5 дана): _____

-Гарантни рок: _____

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

-Остали услови: _____

Место: _____

М. П.

НАЗИВ ПОНУЂАЧА

Датум : _____

Потпис овлашћеног лица
