СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА ИНТЕРНЕ БОЛЕСТИ ВРЊАЧКА БАЊА

Ул. Oсмог Марта 12, Врњачка Бања

ПИБ: 105370087, МБ.: 17689134

E-mail: bolnicavb@gmail.com,

Број набавке: 6/25

Датум: 14.02.2025. године

Назив понуђача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса, тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПИБ, МБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Текући рачун\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особа за контакт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРЕДМЕТ: Обрзац понуде

Партија I- Tegaderm flaster

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ред.  број | Назив | Јед.  мере | Количина | Цена по  јед.мере | Вредност | Произвођач | Напомена |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1. | Tegaderm flaster CHG 8,5x11,5 cm | кутија | 6 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Укупна вредност без  ПДВ-а: |  |  |  |  |  |  |
|  | Укупна вредност са  ПДВ-ом: |  |  |  |  |  |  |

Рок испоруке и начин испоруке: сукцесивно по потреби наручиоца 3 дана по захтеву наручиоца

Место испоруке: F-co магацин купца

Рок плаћања:најкасније \_\_\_\_\_\_\_\_ дана од дана пријема фактуре ( не краћи од 60 дана).

Понуду доставити најкасније до 21.02.2025. године до 13:00 часова.

Критеријум за избор најповољније понуде: Најнижа понуђена цена

У случају да понуде два или више понуђача имају исту вредност понуде, предност има понуда понуђач који је понудио повољнији рок плаћања.

Особа за контакт: дипл фармацеут Ана Дивац 064/3211157

НАПОМЕНА – Уз понуду доставити Решење Агенције за лекове и медицинска средства и важећу дозволу за обављање

делатности: Решење Министарства здравља Републике Србије

М. П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(потпис овлашћеног лица понуђача)