СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗА ИНТЕРНЕ БОЛЕСТИ ВРЊАЧКА БАЊА

Ул. Oсмог Марта 12, Врњачка Бања

ПИБ: 105370087, МБ.: 17689134

E-mail: bolnicavb@gmail.com,

Број набавке: 10/25

Датум: 09.04.2025. године

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

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

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

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

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

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

ПРЕДМЕТ: Образац понуде

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ред.  број | Назив | Јед.  мере | Количина | Цена по  јед.мере | Вредност | Произвођач | Напомена |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
| 1. | Тauroloc HEP500 (10x5ml) | кутија | 40 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 60 дана)

Понуду доставити најкасније до 14.04.2025. 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: медицинска сестра Jелена Николић 060/1941906

HАПОМЕНА: За сваку ставку из обрасца понуде 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)