**~~Załącznik nr 2 do SIWZ~~**

**Załącznik nr 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA ~~– część nr 3~~**

**Formularz cenowy**

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem:

**Akcesoria do obsługi drukarki**

**dla**

**Zakładu Protetyki Stomatologicznej UMB**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Wielkość opakowania** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto (PLN)** | **Producent oferowanego produktu** | **nr katalogowy oferowanego produktu\*** |
|  | **Dodatkowa kuweta do drukowania** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |
|  | **Dodatkowa platforma do drukowania** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |
|  | **Żarówka 18/71** | **szt.** | **4** |  |  |  |  |
|  | **Żarówka 18/78** | **szt.** | **4** |  |  |  |  |
|  | **Korony i mosty** **typu NextDent C&B MFH (BL)** **1000 g lub równoważne** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |
|  | **Maski ochronne medyczne (50 szt.)** | **opak.** | **7** |  |  |  |  |
|  | **Rękawiczki typu Semper Skin nitrylowe rozmiar S (100 szt.) lub równoważne** | **opak.** | **15** |  |  |  |  |
|  | **Rękawiczki typu Semper Skin nitrylowe rozmiar M (100 szt.) lub równoważne** | **opak.** | **15** |  |  |  |  |
|  | **Rękawiczki typu Semper Skin nitrylowe rozmiar XS** **(100 szt.)** **lub równoważne** | **opak.** | **10** |  |  |  |  |
|  | **Rękawiczki typu Semper Skin nitrylowe rozmiar L** **(100 szt.)** **lub równoważne** | **opak.** | **5** |  |  |  |  |
|  | **Fartuchy jednorazowe niebieskie (10 szt.)** | **opak.** | **25** |  |  |  |  |
|  | **Okulary ochronne typu Evolution Orange lub równoważne** | **szt.** | **11** |  |  |  |  |
| **Ogółem wartość brutto** |  |
| **Wymagania ogólne** |
|  | Powyższy asortyment stanowiący przedmiot umowy, pochodzi z bieżącej produkcji i posiada wszelkie wymagane prawem atesty i świadectwa dopuszczającego go, do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. |
|  | Wykonawca zobowiązuje dostarczyć wraz z dostawą, kart charakterystyk ww. asortymentu w języku polskim. |

Oświadczam, że zaoferowany przeze mnie asortyment, spełniają wymagania techniczno – użytkowe przedstawione powyżej oraz wszystkie pozostałe wymagania.

**Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO, zamieszczoną na stronie:** [**http://zamowienia.umb.edu.pl/**](http://zamowienia.umb.edu.pl/)

**~~Załącznik nr 3 do SIWZ~~**

**Załącznik nr 2**

**OCENA TERMINU DOSTAWY ~~– część nr 3~~**

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem:

**Akcesoria do obsługi drukarki**

**dla**

**Zakładu Protetyki Stomatologicznej UMB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Ocena terminu dostawy** | **Warunki oferowane\*)** | **Skala ocen w punktach** | **Ocena** **w punktach**  |
| 1 | Czas dostawy ww. towaru w ciągu **(wymagany nie dłuższy niż 21 dni) :**1. **21 dni roboczych od złożenia zamówienia – 0 punktów**
2. **od 11- 20 dni roboczych od złożenia zamówienia – 20 punktów**
3. **od 7-10 dni roboczych od złożenia zamówienia – 40 punktów**
 |  | 0/20/40 |  |