**formularz szacowania wartości przedmiotu zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy :

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Faks/e-mail do korespondencji: ………................

Telefon: ……….....................................................

REGON:…………………………………………..….

NIP:………………………………………………..…

**SPECYFIKACJA**

Nazwa przedmiotu zamówienia:

***„Dostawa technicznych środków materiałowych do wykrywacza min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID)”***

Szacunkowa wartość przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Ilość | j.m. | Cena jednostkowa netto zł | Wartość netto zł | Stawka VAT % | Wartość brutto zł | Informacja poglądowa dla Wykonawcy |
| 1 | ZACISK PRZEWODU ATMID | 4 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5001/30/190  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| 2 | GŁOWICA PRZESZUKUJĄCA MIMID | 5 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5004/02/002  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| 3 | SŁUCHAWKA | 8 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5001/30/193  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| 4 | GŁOWICA PRZESZUK.Z KABLEM | 2 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5001/30/002  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| 5 | GNIAZDO PODŁĄCZ.GŁOWICY | 2 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5001/30/111  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| 6 | SŁUCHAWKA NAGŁOWNA | 4 | szt. |  |  |  |  | Nr katalogowy: MT5001/02/005  Sprzęt: wykrywacz min SCHIEBEL AN-19/2 (ATMID) |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |  |

**Zakładane warunki realizacji zamówienia:**

- *Termin realizacji zamówienia*: …………. dni od dnia udzielenia zamówienia**.**

- *Sposób i miejsce realizacji zamówienia:* dostawa do 4 RBLog Skład Nowogród Bobrzański ul. Składowa, 66-010 Nowogród Bobrzański

- *Forma i termin płatności:* forma polecenia przelewu z rachunku bankowego Zamawiającego na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze VAT w terminie do 30 dni od dnia otrzymania faktury

UWAGI:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Złożona niniejsza szacunkowa wartość uwzględnia koszty transportu i wszelkie inne wydatki Wykonawcy.

***Podpis i pieczęć Wykonawcy: …………………………………***