**ДОДАТОК 4**

*до тендерної документації*

*ФІРМОВИЙ БЛАНК ПІДПРИЄМСТВА*

*(надається у разі наявності)*

Уповноваженій особі

КНП « Вінницька міська клінічна лікарня №1

**Цінова ПРОПОЗИЦІЯ**

Уважно вивчивши технічні вимог, ми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назва учасника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подаємо свою пропозицію на участь у відкритих торгах на закупівлю товарів, а саме: **Фармацевтична продукція (код ДК 021:2015 Єдиного закупівельного словника 33600000-6 – Фармацевтична продукція),** оголошених КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1»

**Пропонуємо наступні ціни:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Назва товару** | **МНН** | **Одиниця виміру** | **Кількість** | **Ціна**  **за одиницю,**  **без ПДВ, грн.** | **Ціна**  **за одиницю,**  **з ПДВ\*, грн.** | **Загальна вартість**  **з/без ПДВ\*, грн.** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| …n |  |  |  |  |  |  |  |
| Загальна вартість грн., без ПДВ | | | | | | |  |
| ПДВ, грн. | | | | | | |  |
| **Загальна вартість, грн., з ПДВ** | | | | | | |  |

\*ПДВ зазначається лише тими учасниками, які є платниками ПДВ, іншими учасниками зазначається сума з урахуванням тих податків, платниками яких вони є.

**Ціна пропозиції становить - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(вказати цифрами та словами)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ми погоджуємося з умовами, що Ви можете відхилити нашу пропозицію, та розуміємо, що Ви не обмежені у прийнятті будь-якої іншої пропозиції з більш вигідними для Вас умовами.

Якщо, за результатом Закупівлі наша пропозиція буде з найнижчою ціною, Ми погоджуємося у подальшому укласти Договір про надання послуг з технічного нагляду.

Ми погоджуємося взяти на себе зобов’язання виконати всі умови, передбачені проектом договору, який наведений у тендерні документації Замовника.

Цим підписом засвідчуємо свою безумовну згоду з усіма положеннями тендерної документації та погоджуємося на виконання всіх умов та вимог, передбачених тендерною документацією.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Посада уповноваженої особи Учасника  М.П. (за наявності) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (підпис) | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  П.І.Б. |