**Formularz asortymentowo – cenowy**

**11.DEG.SP.2023**

**Wymiana zbiornika hydroforowego w stacji uzdatniania wody na potrzeby SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy .....................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Jednostka miary** | **Cena jedn. netto(zł)** | **ilość** | **Wartość netto**  **(zł)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość VAT**  **(zł)** | **Wartość brutto**  **(zł)** |
| 1 | Wymiana zbiornika hydroforowego o pojemn. 4m3 i ciśnieniu dopuszczalnym 6 bar | szt. |  | 1 |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

***UWAGA!***

***1. Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.***

***2. Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu,  
a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***

***3. Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***