Załącznik nr 2 do SWZ

Wykonawca:

……………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**FORMULARZ CENOWY**

Podane ceny zostały skalkulowane wraz z dostawą (transportem) do miejsca przeznaczenia, wniesieniem, instalacją, konfiguracją oraz szkoleniem.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość sztuk** | **Cena jednostkowa netto (zł)** | **Wartość netto (zł)** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4=2x3** | **5** | **6=4+5** |
| **Krzesła ewakuacyjne** | 10 sztuk |  |  |  |  |
| **Materace ewakuacyjne** | 2 sztuk |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |  |  |

**WARTOŚĆ ZŁOŻONEJ OFERTY WYNOSI:**

**netto:** ……………………………………..………………..

**brutto: …………………………………………………….**

**Łączną wartość netto i brutto należy wpisać do Formularza oferty – Załącznik nr 1 do SWZ**