**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo – cenowe przedmiotu zamówienia**

Obsługa serwisowa urządzeń

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Wartość jednostkowa netto za miesiąc (zł)**  **RYCZAŁT** | **Ilość miesięcy** | **Wartość netto (zł)** | **Cena brutto**  **(zł)** |
| 1. | Aparat rtg do zdjęć kostnych ze ścianką płucną MULTIX TOP |  | **2** |  |  |
| 2. | Aparat rtg ogólnodiagnostyczny |  | **2** |  |  |
| 3. | Aparat RTG z ramieniem C śródoperacyjny z wyp. |  | **2** |  |  |
| 4. | Echokardiograf wewnątrzsercowy |  | **2** |  |  |
| 5. | Mammograf |  | **2** |  |  |
| 6. | Rezonans Magnetyczny 1,5T  (wraz z dwoma stacjami syngo MM Workplace sn: 3994; 3995) |  | **2** |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |

………dnia…………… …………............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo)