|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/97/PN/24**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Dostawy aparatów EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość****urządzeń** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto za szt.** | **Wartość netto oferty***/ilość urządzeń x cena jednostkowa netto za szt./* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto oferty +VAT %/* | **Producenta oraz nazwa asortymentu lub numer katalogowy***/wskazuje Wykonawca/* |
| **Nazwa sortymentu** |
| 1 | Aparat EKG zgodnie z opisem w Załączniku nr 3 do SWZ | 4 | szt. |  |  |  |  |  |
| **Cena oferty ogółem brutto:** |   |  |   |  |