|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY – po modyfikacji |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

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

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

**Zadanie 29: Pompy do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej | CS100™ IABP | 3 | **4** |  |  |  |  | 2012 | MAQUET Getinge Group |

**Cena zadania 29**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy