|  |
| --- |
| 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 61: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w 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. | Respirator | | TRILOGY 202 | 4 | **1** |  |  |  |  | 2013 | Philips |

**Cena zadania 61**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy