**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ**

**Znak sprawy: Z/10/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:........................................................................................................................................................................................

**Dostawa trzech samochodów osobowych 9-cio miejscowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment – zgodny z opisem zamieszczonym  w Załączniku nr 3 do SWZ** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto za szt.** | **Wartość**  **netto**  */Cena jednostkowa za szt.. x Ilość/* | **Wartość**  **brutto**  */Wartość netto + VAT (%)/* | **VAT**  **(%)** |
| 1 | **Samochód osobowy 9-cio miejscowy** | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Cena oferty ogółem*:*** | | | | |  |  |  |