**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

###

| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto****obliczyć: 4 x 5)** | **Stawka % VAT** | **Kwota****VAT****(obliczyć: 6 x 7)** | **Wartość****brutto****(obliczyć: 6 + 8)** | **Producent** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** |
| 1. | Tlen medyczny w butlach o pojemności 10 litrów bez kołnierza. | Butla | 505 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tlen medyczny w butlach o pojemności 2 litrów bez kołnierza. | Butla | 950 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **XX** |  |  | **XX** |  |  |  |  |

**UWAGA. Plik/dokument należy podpisać**

………………………………

Miejscowość i data

………………………………………………………………

 Podpis