 Znak sprawy: SOZ.383.44.2021 Załącznik nr 3 do SWZ

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Oferowany przedmiotu zamówienia**  **(należy podać: nazwę handlową, która będzie znajdowała się na fakturze, typ, model, serię, nazwę producenta, rok produkcji - nie starszy niż 2021)** |
| **Pakiet 1 - Platforma monitorowania hemodynamicznego** | | | | | | | | |
| 1 | Platforma monitorowania hemodynamicznego | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |
| **Pakiet 2 – Aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego** | | | | | | | | |
| 1 | Aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |
| **Pakiet 3 - Stół diagnostyczno-zabiegowy** | | | | | | | | |
| 1 | Stół diagnostyczno-zabiegowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |  |  |

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

(data i podpis osoby upoważnionej do

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)