**KOSZTORYS OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | | **Nazwa (model / numer katalogowy),**  **Producent, rok produkcji** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto  (4 x 3)** | **Stawka podatku VAT** | **Wartość brutto**  **(5 + 5 x 6)** |
| ***1*** | | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** |
| **1** | Unit stomatologiczny |  | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **1a** | Wyposażenie unitu stomatologicznego z pkt. 1 | xxx | 1 kpl. |  |  |  |  |
| **4** | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi \*) | xxx | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | **X** | **X** | **X** |  | **X** |  |

*\*W przypadku nieodpłatności usługi wpisać 0 zł*