|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/111/PN/23**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 1: Dostawa fotela ginekologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot**  | **Ilość****urządzeń**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość*  | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Fotel ginekologiczny |  | 1 |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 1  |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/111/PN/23**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 2: Dostawa podnośnika mobilnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.p.** | **Przedmiot**  | **Ilość****urządzeń**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość*  | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Podnośnik mobilny |  | 1 |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 2 |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/111/PN/23**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 3: Dostawa sekcyjnego stołu zabiegowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość*  | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Sekcyjny stół zabiegowy |  | 1 |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 |  | x |  |  |  |