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

**Znak sprawy: Z/24/PN/25**

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

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

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

**Dostawa aparatu ultrasonograficznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość****urządzeń**  | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty** */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent oraz nazwa handlowa lub numer katalogowy** |
| **Nazwa sortymentu** |
| 1. | Aparat USG | 1 | Szt.  |  |  |  |  | 2025 |  |
| Cena oferty ogółem  |  | x |  | x | x |