**DEA.ZP-291/1/2021 Załącznik nr 3 do SWZ**

##  Formularz cenowy – specyfikacja cenowa ambulansów i całego wyposażenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa/Model/Typ** | **Ilość****sztuk/komplet na pojazd** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Stawka** **VAT** | **Kwota VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Ambulans (wycena od poz. 1 do 97 załącznika nr 1) |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nosze główne |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 3. | Transporter noszy głównych |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 4. | Krzesełko transportowe kardiologiczne |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 5. | Deska ortopedyczna dla dorosłych |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 6. | Deska ortopedyczna pediatryczna |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 7. | Respirator transportowy |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 8. | Defibrylator przenośny |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 9. | Kapnometr |  | 3 |  |  |  |  |  |
| 10.  | Pompa Infuzyjna  |  | 3 |  |  |  |  |  |
|  |  | **RAZEM** **wartość przedmiotu zamówienia z VAT 8%** |  |  |  | **8%** |  |  |
|  |  | **RAZEM** **wartość przedmiotu zamówienia z VAT 23%** | **-** | **-** |  | **23%** |  |  |
|  |  | **Razem całkowita wartość zamówienia**  |  |  |  | **-** |  |  |

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

 Miejscowość i data Podpis i pieczęć

 osoby/osób uprawnionych

 do występowania w imieniu Wykonawcy