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

**Znak sprawy: Z/31/PN/19**

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

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

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

**Świadczenie usługi serwisowania aparatów rentgenowskich**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Cena jednostkowa netto za miesięczną usługę serwisową jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x 36 miesiące***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Ilość przeglądów w ciągu**  **3 lat dla jednego urządzenia** | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat rentgenowski | Allura Xper FD20 | 3 |  |  |  |  | 6 | 2009 – 1 szt. 2013 – 2 szt. | Philips |
| 2. | Aparat rentgenowski | Allura Xper FD10 | 1 |  |  |  |  | 6 | 2009 | Philips |

Cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy