**Załącznik nr 2**

Nazwa i adres Wykonawcy

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

do zamówienia na **„Zakup wraz z dostawą sprzętu rehabilitacyjnego na potrzeby Ośrodka Pomocy Społecznej w Świebodzinie”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Ilość szt.** | **Producent, nazwa handlowa** | **Cena jedn. za**  **1 szt. netto w zł** | **Cena jedn. za**  **1 szt. brutto w zł** | **Wartość netto w zł** | **Stawka podatku**  **VAT w %** | **Wartość brutto w zł** |
|  | Balkonik rehabilitacyjny sztywny | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | Balkonik rehabilitacyjny z kółkami | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | Łóżko rehabilitacyjne elektryczne | 8 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wózek inwalidzki | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wózek inwalidzki dla dzieci | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Krzesło toaletowe | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| .......…………........ | ………................................................................... |
| Miejscowość i data | Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |