PCZ/II-ZP/16/2023

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Formularz asortymentowo – cenowy**

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę, która uwzględnia wszystkie koszty ponoszone przez Wykonawcę i zawiera wszystkie wymagania Zamawiającego, tj.:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Zapotrzebowanie** | **Cena jedn. netto**  **(zł)** | **Wartość**  **Netto**  **(zł)** | **Należny**  **podatek**  **VAT** | **Wartość Brutto**  **(zł)** |
|  | Ambulans typu B ze sprzętem medycznym | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Ambulans typu B | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Zestaw transportowy: nosze oraz transporter noszy | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Krzesło kardiologiczne | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Defibrylator | | **1 szt.** |  |  |  |  |
|  | Ambulans typu B ze sprzętem medycznym | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Ambulans typu B | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Zestaw transportowy: nosze oraz transporter noszy | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| Krzesło kardiologiczne | | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |  |

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**