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**