Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP16/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym” Część II.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 1 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | IlośćSzt/kpl | Cena jedn.netto [zł] | Wartośćnetto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartośćbrutto [zł] |
| 1  | Część nr 1 zamówienia – dostawa Defibrylatora  | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM: | X |  | X | X |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

 *do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP16/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym” Część II.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 2 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | IlośćSzt/kpl | Cena jedn.netto [zł] | Wartośćnetto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartośćbrutto [zł] |
| 1 | Część nr 2 zamówienia – dostawa Monitorów funkcji życiowych | 7 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM: |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

 *do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

1. Należy wypełnić odpowiednio dla danej części, w ramach której wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić odpowiednio dla danej części, w ramach której wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-2)