Załącznik nr 1A

**Wykonawca/ Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu)*

**FORMULARZ CENOWY**

składany na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„****Zakup sprzętu medycznego dla SP ZOZ Szpitala Kolejowego w Wilkowicach Bystrej”**

***Oferujemy realizację zamówienia zgodnie z poniższą ceną:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Element zamówienia** | **Jedn. miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa BRUTTO [zł]** | **Wartość brutto:**  **Kolumna 3 x 4 [zł]** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** | **Poligraf wraz z osprzętem (maskami), zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia szczegółowo określonym w zapytaniu ofertowym.** | **Szt.** | **2** |  |  |
| **2** | **Respirator do diagnostyki i terapii bezdechów zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia szczegółowo określonym w zapytaniu ofertowym.** | **Szt.** | **1** |  |  |
| **3** | **Aparat do terapii bezdechu wraz z maskami i obwodami oddechowymi, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia szczegółowo określonym w zapytaniu ofertowym.** | **Szt.** | **2** |  |  |
| **4** | **ŁĄCZNA CENA REALIZACJI ZAMÓWIENIA BRUTTO [zł]** | | | |  |

Uwaga: kwotę z pozycji: wiersz nr 4, kolumna 5 (łączna cena realizacji zamówienia brutto [zł]) należy przenieść do formularza oferty, jako cenę ofertową realizacji zamówienia.

……………..…… dnia ………… ....................................................................

(Miejscowość) (Podpis wykonawcy/osoby uprawnionej do  
 występowania w imieniu wykonawcy)