**Znak sprawy SPZOZ.DŚM-ZP.240.07.2021**

**Załącznik nr 3.1.**

**FORMULARZ CENOWY**

**Dla pakietu nr 2 – Szafy medyczne - wyposażenie medyczne oddziału chirurgii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj urządzenia**  | **Ilość**  | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Szafa medyczna 2 drzwiowa** | **2** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Słownie**

**Wartość netto: ………………………………………………………………………………………………………………….**

**Wartość brutto : ……………………………………………………………………………………………………………….**

**......................................................................**

**(podpis osoby upoważnionej)**