

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/44/2017 FORMULARZ CENOWY

Lp.	Nazwa	j.m.	Ilość	Wartość NETTO (wyrażona w zł)	VAT % (w zł)	Wartość BRUTTO (wyrażona w zł)	Producent/marka, model, typ itp.
1.	Ambulans zgodny z PN EN 1789	szt.	2				
2.	nosze główne	szt.	2				
3.	Transporter noszy	szt.	2				
4.	Krzesło transportowe	szt.	2				
5.	Płachta ratownicza	Szt.	2				
6.	Deska ortopedyczna	Szt.	2				
7.	Nosze podbierakowe	szt.	2				
8.	Ssak przenośny	szt.	2				
9.	Zestaw szyn Kramera	szt.	2				
10.	pulsoksymetr	Szt.	2				
11.	Plecak Reanimacyjny I	Szt.	2				
	Plecak Reanimacyjny II	Szt.	4				
12.	Torba opatrunkowa	Szt.	2				
13.	Latarka diagnostyczna	Szt.	6				
14.	Detektor tlenku węgla	Szt.	2				
15.	Defibrylator	Szt.	2				
16	Razem						-----

....., dnia2017 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej