**Załącznik nr 2 – Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Jednostka miary** | **Ilość**  | **Cena jedn.****brutto\*** | **Stawka podatku VAT %\*** | **Wartość brutto \*** | **Producent/ nazwa handlowa/ numer katalogowy (jeśli dotyczy)\*** |
| 1. | Ciekły azot medyczny | kg | 2200  |  |  |  |  |
| 2. | Koszty transportu (Opłata ADR z tytułu transportu materiałów niebezpiecznych oraz dopłata do kosztów transportu gazów ciekłych) | dostawy | 104 |  |  |  |  |
|  **Razem:** |  |

\* Wypełnia Wykonawca

............................................................................................................

podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy