**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 1- Inhalator pneumatyczny- 4 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto  (PLN) | Wartość netto  (PLN) | Procent podatku VAT | Kwota podatku VAT  (PLN) | Wartość brutto  (PLN) |
|  | Inhalator pneumatyczny | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 2- Elektroniczna szpitalna waga medyczna- 3 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto  (PLN) | Wartość netto  (PLN) | Procent podatku VAT | Kwota podatku VAT  (PLN) | Wartość brutto  (PLN) |
|  | Elektroniczna szpitalna waga medyczna | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 3- Wózek inwalidzki leżakowy- 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto  (PLN) | Wartość netto  (PLN) | Procent podatku VAT | Kwota podatku VAT  (PLN) | Wartość brutto  (PLN) |
|  | Wózek inwalidzki leżakowy | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**Część 4- Ciśnieniomierz lekarski- 10 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto  (PLN) | Wartość netto  (PLN) | Procent podatku VAT | Kwota podatku VAT  (PLN) | Wartość brutto  (PLN) |
|  | Ciśnieniomierz lekarski | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***