Nr sprawy: IZO.271.2.8.2018.TM **Załącznik nr 3**

…………………………………………………….

*(pieczęć wykonawcy)*

**FORMULARZ CENOWY**

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | Ilość | Cena jednostkowa netto [zł] | Wartość netto (4x5)  [zł] | Podatek  VAT | Wartość brutto  (6x7) [zł] | Okres gwarancji |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
| 1 | Defibrylator AED zgodny z wytycznymi KSRG | 5 szt. |  |  |  |  |  |
| 2 | Torba PSP R-1 wg standardu KSRG zgodnie z wytycznymi z 2013r | 3 kpl. |  |  |  |  |  |
| 3 | Deska ortopedyczna - kompletna | 8 kpl. |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw szyn Kramera | 8 kpl |  |  |  |  |  |
| 5 | Kamizelka KED | 5 szt. |  |  |  |  |  |

**Razem wartość netto: ……………………………………………………………………………**

*(suma poz. 1 – 5 )*

**Podatek VAT: ………………………………………..…………………………………………….**

**Razem wartość brutto: ………………………………………………………………………….**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2018 roku

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*

*do reprezentowania wykonawcy*