FORMULARZ CENOWY

Oferuję realizację zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym nr 7/ZD/2019 za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wartość netto**  **[zł]** | **VAT**  **[%]** | **Wartość brutto**  **[zł]** |
| 1. | 2 zestawy AED z urządzeniem Philips FRX oraz dodatkowym wyposażeniem, o którym mowa w opisie przedmiotu zamówienia zapytania ofertowego nr 7/ZD/2019 |  |  |  |

Termin ważności oferty: do dnia ……………….

……………………………….

(pieczęć i podpis wykonawcy)