Załącznik do umowy ................................ z dnia .....................

***Formularz cenowy***

**na świadczenie usługi** **naprawy sprzętu medycznego w Oddziałach SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego**

**w Częstochowie**

| **l.p.** | **Nazwa** **Sprzętu przeznaczonego do naprawy typ model**  |  **Odział na którym znajduje się sprzęt do naprawy**  | **Wartość netto****złotych****(3x4)** | **Wysokość Stawki podatku VAT****%** | **Kwota podatku VAT****złotych**  | **Wartość** **brutto****złotych****( + )** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aparat USG Clear 550 Philips SZ01790365  | **Oddział Wewnętrzny budynek E Mirowska** |  |  |  |  |
| 2 | Aparat EKG M – Trace M4 Medical 1042  | **Poradnia Kardiologiczna** |  |  |  |  |
| 3 | Aparat EKG M – Trace M4 Medical 2836  | **Oddział Wewnętrzny budynek C Mirowska** |  |  |  |  |
| 4 | Kardiomonitor FX 3000 Emtel 9140831  | **Oddział Wewnętrzny budynek E Mirowska** |  |  |  |  |
| **Łączna wartość oferty:** |  |  |  |  |

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

 podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej