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