Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/28/2019

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | wartość nettow zł | Stawka podatku VAT w % | wartość bruttow zł |
| AMBULANSU SANITARNEGO TYP C WRAZ ZABUDOWĄ MEDYCZNĄ I NOSZAMI SAMOJEZDNYMI  | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |