**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **DOZP.241.1.2021**

**ZAMAWIAJĄCY:** WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BYDGOSZCZY

**WYKONAWCA:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*/nazwa (firma) Wykonawcy z oznaczeniem formy prawnej wykonywanej działalności/*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa sprzętu*** | ***Jednostka miary*** | ***Ilość*** | ***Cena jednostkowa netto*** | ***Wartość netto*** | ***Stawka***  ***VAT*** | ***Wartość***  ***VAT*** | ***Wartość brutto*** |
| ***1*** | ***Pojazd bazowy*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***2*** | ***Zabudowa przedziału medycznego*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***3*** | ***Nosze główne*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***4*** | ***Transporter noszy głównych*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***5*** | ***Płachta ratownicza bariatryczna*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***6*** | ***Respirator transportowy przenośny*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***7*** | ***Krzesełko kardiologiczne  z systemem płozowym*** | ***szt.*** | ***1*** |  |  |  |  |  |
| ***razem*** | | | | |  | ***razem*** | |  |

wartość brutto ……………………………………….. zł   
(słownie ……………………………………………………………………………………………………………………..………………………..)

............................................ ……… …….…......................................................

*miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*