**Pakiet nr 1- Sprzęt na potrzeby Zakładu Rehabilitacji Ruchowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Asortyment** | **Ilość****szt.** | **Cena netto** | **VAT (%)** | **Cena brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **Producent model/typ** |
| 1 | **Stół do masażu** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Wirówka kończyn dolnych** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Wirówka kończyn górnych** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Zestaw do rehabilitacji kardiologicznej** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |

Oświadczamy, że zaoferowany przedmiot jest dopuszczony do obrotu w Polsce, zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych.

W załączeniu Arkusz informacji Technicznej (AIT)

…………………………………

Data i podpis wykonawcy