*Załącznik nr 2.1 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 1: Wózek aktowy / pocztowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek aktowy / pocztowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.1 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/ZMN |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.2 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 2: Wózek transportowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.2 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/AA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.3 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 3: Wózek kelnerski 3 półkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek kelnerski 3 półkowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.3 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/KTS |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.4 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 4: Wózek paletowy akumulatorowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek paletowy akumulatorowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.4 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/A |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.5 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 5: Wózek bemarowy elektryczny - trzy komorowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek bemarowy elektryczny - trzy komorowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.5 do SWZ** | 4 |  |  |  |  |  |  | DZ/DK |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.6 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 6: Wózek paleciak ręczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek paleciak ręczny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.6 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/DZ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.7 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 7: Wózek leżący**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek leżący zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.7 do SWZ** | 6 |  |  |  |  |  |  | DL/PP |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.8 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 8: Wózek medyczny, anestozjologiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek medyczny, anestozjologiczny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.8 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DL/PP |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.9 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 9: Wózek transportowy osiatkowany**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy osiatkowany zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.9 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/DT |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.10 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 10: Wózek transportowy dwupółkowy nierdzewny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy dwupółkowy nierdzewny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.10 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DL/ZRDO |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.11 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 11: Wózek / kontener na brudne pranie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek / kontener na brudne pranie zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.11 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/HO |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.12 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 12: Wózek platformowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek platformowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.12 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DN/CBT |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.13 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 13: Wózek transportowy z trzema blatami**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy z trzema blatami zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.13 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DL/CDLP |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.14 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 14: Wózek transportowy platformowy składany**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy platformowy składany zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.14 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DL/ZA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.15 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 15: Wózek platformowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek platformowy zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.15 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DK/KTS |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.16 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 16: Wózek transportowy typu platforma**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek transportowy typu platforma zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.16 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/AA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.17 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 17: Wózek do transportu butli**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek do transportu butli zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.17 do SWZ** | 1 |  |  |  |  |  |  | DZ/DT |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.18 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 18: Wózek inwalidzki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek inwalidzki zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.18 do SWZ** | 12 |  |  |  |  |  |  | 3 sztuki DK/IOCH  5 sztuk DZ/AA  4 sztuki DL/PP |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.19 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 19: Stojak na butle z tlenem 10l**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Stojak na butle z tlenem 10l zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.19 do SWZ** | 9 |  |  |  |  |  |  | DK/ZAIT |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.20 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 20: Wózek do pościeli podreczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózek do pościeli podręczny zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.20 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DK/IKRA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.21 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 21: Wózki do rozwożenia posiłków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Wózki do rozwożenia posiłków zgodne z opisem zawartym w załączniku nr 3.21 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DK/IKRA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

*Załącznik nr 2.22 do SWZ*

**Specyfikacja asortymentowo – cenowa**

**Zadanie nr 22: Kontener na odpady**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **Producent**  **Model / typ (jeżeli posiada)** | **Klinika/ Zakład** |
| 1 | **Kontener na odpady zgodny z opisem zawartym w załączniku nr 3.22 do SWZ** | 2 |  |  |  |  |  |  | DK/IKRA |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wystawienia)

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*