

Dostawa urządzeń do terapii VR

| Lp   | Nazwa asortymentu   | Jm   | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | Stawka VAT % | Wartość brutto | Producent, typ/model urządzenia, rok produkcji                 |
|--|---|------|-------|------------------------|---------------|--------------|----------------|--|
| 1  | Urządzenie do terapii VR<br>Szczegółowy opis wymagań, które oferowane urządzenie musi spełniać, zawarto w Załączniku nr 2_1 do SWZ. | szt. | 2     |                        |               |              |                | 1. Producent:<br>2. Typ/model urządzenia:<br>3. Rok produkcji: |
| 2  | Inne *  | x    | x     |                        |               |              |                |  |
| * - wypełnić jeżeli dotyczy, jeżeli nie dotyczy to wiersz należy wykreślić. Jeżeli Wykonawca pozostawi wiersz niewykreślony/niewypełniony to Zamawiający uzna, że nie dotyczy. |   |      |       |                        | Razem:        |              |                |  |