

Zamawiający:
Szpital Chorób Płuc i Opieka Długoterminowa im. św. Jana Pawła II w Górnem
36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5

FORMULARZ CENOWY
dostawa gazów medycznych

.....
.....
.....

*(Pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców
wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

Lp.	Nazwa międzynarodowa/Opis	Jedn. miary	Ilość	Cena jedn. netto zł	Wartość netto zł	Stawka VAT %	Kwota VAT zł	Wartość brutto zł	Nazwa handlowa, Producent	Kod EAN
1	Dzierżawa zbiornika na tlen ciekły o pojemności 3000 l	miesiąc	12							
2	Tlen medyczny ciekły	kg	54 000							
3	Transport tlenu medycznego	kurs	25							
4	Tlen medyczny sprężony o poj. 50 l - 200B (wiązki 12 butli)	wiązki	4							
	Transport wiązek	kurs	1							
Ogółem										

..... dnia r.
Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy