Załącznik nr. 2

…………………………………………..  
 /pieczęć Wykonawcy/

# **FORMULARZ OFERTOWY**

**2. REGIONALNA BAZA LOGISTYCZNA  
 ul. Marsa 110  
 04 – 470 Warszawa**

| Lp. | Nazwa sprzętu medycznego | JM | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Podatek VAT | | Wartość brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ….. % | wartość |
|  | Wymiana baterii Ssak OB. 2021 | r/h | 1 |  |  |  | |  |
|  | Wymiana baterii w Defibrylator ZOLL X-Series | r/h | 1 |  |  |  | |  |
|  | Wymiana baterii UPS Chłodziarka Mawi | r/h | 1 |  |  |  | |  |
| RAZEM | | | | | XX |  | |  |

Przedmiotowa usługa będzie realizowana w siedzibie podmiotu medycznego Odbiorcy  
(w miejscu stacjonowania sprzętu medycznego).

…………………………………. …………………………………  
(miejscowość, data) (podpis osób upoważnionych do reprezentacji)