*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć*

**Zał. Nr 2.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy*: *…….………………………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy: …………….…………………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………*

*NIP/REGON: ………………………………………………………………………………………………………..*

*KRS (jeśli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………..*

*Numer faks: …………………………………………………………………………………………………………..*

*Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………...*

*Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail:*

*…………………………………………………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena ofertowa netto za całość zamówienia** | **Stawka podatku VAT** | **Cena ofertowa brutto za całość zamówienia** |
|  | **1** | **2** | **5** | **6** |
| **1**  **2.** | Zestaw endoskopowy (komplet) składający się z następujących elementów:  a) Procesor obrazu  (1 szt.),  b) Videogastroskop  (1 szt.),  c) Videokolonoskop  (1 szt.),  d) Diatermia (1 szt.),  e) Ssak medyczny  (1 szt.),  f) Pompa endoskopowa (1 szt.),  g) Insuflator CO2  (1 szt.),  h) Stół do badań - dwusekcyjny z elektryczną regulacją wysokości (1 szt.),  i) Monitor LCD (1 szt.),  j) Wózek medyczny endoskopowy (1 szt.),  k) Myjnia endoskopowa chemiczno – termiczna (1 szt.).  Aparat USG–mobilny  (1 komplet)zawierający:  a) Jednostka główna z aktywnymi portami na głowice (1 szt.),  b) głowica liniowa  (1 szt.),  głowica convex (1 szt.), głowica endo (1 szt.), głowica sektorowa  (1 szt.),  c) stolik jezdny (1 szt.). |  |  |  |
|  | **SUMA** |  |  |  |

…………………………………………………………..

*(data i podpis Oferenta)*