**Załącznik nr 2**

Nazwa i adres Wykonawcy

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

do zamówienia na **„Zakup wraz z dostawą sprzętu rehabilitacyjnego na potrzeby Ośrodka Pomocy Społecznej w Świebodzinie”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Ilość szt.** | **Producent, nazwa handlowa** | **Cena jedn. za****1 szt. netto w zł** | **Cena jedn. za****1 szt. brutto w zł** | **Wartość netto w zł** | **Stawka podatku****VAT w %** | **Wartość brutto w zł** |
|  | Balkonik rehabilitacyjny sztywny  | 3 |   |   |   |   |   |   |
|  | Balkonik rehabilitacyjny z kółkami  | 3 |   |   |   |   |   |   |
|  | Łóżko rehabilitacyjne elektryczne  | 8 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wózek inwalidzki  | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wózek inwalidzki dla dzieci | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Krzesło toaletowe  | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  .......…………........  | ………...................................................................  |
|  Miejscowość i data  | Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy  |