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

/pieczątka i podpis Wykonawcy/

**FORMULARZ CENOWY – PAKIET NR 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr zadania** | **NAZWA** | **j.m.** | **Ilość** | **wartość jednostkowa netto**  | **cena jednostkowa brutto** | **wartość netto** | **stawka VAT** | **cena brutto** | **Producent** | **Numer kat.** |
| 1 | **Pakiet nr 3** | Pompy insulinowe przeznaczone dla dzieci powyżej 6 roku życia  | szt | 70 |  |  |  |  |  |  |  |

**W cenie dostawy uwzględniono koszty transportu do zamawiającego oraz koszty rozładunku u zamawiającego.** ***…………………………………………..***

***(podpis i pieczęć osób wskazanych
w dokumencie uprawniającym***

***do występowania w obrocie prawnym***

***lub posiadających pełnomocnictwo)***