**MSS-TZP-ZPP-26-41/20 Załącznik nr 1 do SIWZ i do umowy**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość aparatów w szt.** | **Ilość przeglądów** **W ciągu 36 m-cy** | **Łączna ilość przeglądów****(kol. 3x kol. 4)** | **Cena jednostkowa netto za 1 przegląd****(łącznie z częściami użytymi do przeglądu)** | **Wartość netto****kol. 5 x kol. 6)** | **Podatek Vat** | **Wartość brutto** **(kol. 7 + kol. 9)** |
| **%** | **Kwota** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **I.** | **Usługi serwisowe aparatury medycznej:** |
| 1 | Angiograf Infinix CF-i INFX-8000V/G1 | 1 | 12 | 12 |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

 …….………, dnia ……………… ……….………………………………………………………

 podpis i pieczęć Wykonawcy