Wypełniony należy złożyć do oferty.

**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ CENOWY**

Wykonawca:

………………………………………….

(Pieczęć wykonawcy z pełną nazwą firmy, adresem)

**Nazwa przedmiotu zamówienia: Dostawa odzieży ochronnej roboczej dla personelu medycznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P**rzedmiot zamówienia** | | **Ilość kompletów [spodnie +bluza]** | **Cena jednostkowa netto kompletu**  **[spodnie+bluza]** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **VAT [%]** |
| **Odzież ochronna robocza dla personelu medycznego** | Ubranie męskie  [spodnie +bluza] | 75 |  |  |  |  |
| Ubranie damskie  [spodnie + bluza] | 400 |  |  |  |  |
| Ogółem | | |  |  |  | x |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …................................……………………………………

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)