***Załącznik nr 2 do Zaproszenia***

*…………………………………………* ………………………………

*(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców) (miejscowość data)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | **FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY** | | | | | | |
|  | Dotyczy oferty na **„Dostawę 11 zestawów AED dla Głównego Inspektoratu Transportu Drogowego”.** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | **Nazwa, adres i NIP Wykonawcy:** |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… | | | | | | |
|  | *(nazwa firmy oraz dane teleadresowe wykonawcy w tym adres siedziby i adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu osoby do kontaktu)* | | | | |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **Lp.** | **Nazwa** | **ilość** | **jm.** | **Cena netto za  1 szt. (zł)** | **Wartość netto (zł) (2x4)** | **Stawka Vat (%)** | **Wartość brutto (zł) \*\*\* (5+(5x6))** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | Defibrylator AED | 11 | szt. |  |  |  |  |
| 2 | Szafka do przechowywania defibrylatorów AED | 11 | szt. |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| \*\*\* UWAGA: Zamawiający nie posiada statusu podatnika podatku od towarów i usług. Brak jest możliwości zastosowania zasady odwróconej płatności lub przeniesienia płatności podatku na rzecz Zamawiającego.  ………………………..………r. ………………………………………………………… | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  | | | | | | |