Załącznik nr 2

## **FORMULARZ CENOWY**

**Pakiet nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa, typ / model**  | **Ilość**  | **Cena jedn.** **netto**  | **Stawka** **podatku VAT** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość łącznie netto** | **Wartość łącznie brutto** |
| 1. | **Myjnia do obuwia medycznego****Typ ………………………..****Model …………………….** | 1 szt |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Razem |  |  |