*Załącznik nr 2 do*

*Zapytania ofertowego*

 *……………………………*

 *(miejscowość, data)*

 *………………………………………………………*

 *(pieczęć firmowa)*

**NAZWA I SIEDZIBA ZAMAWIAJĄCEGO:**

 **Gmina Trzebownisko**

 **36-001 Trzebownisko 976**

**FORMULARZ CENOWY**dotyczący zakupu 4 zestawów ratownictwa medycznego PSP R-1 i 2 defibrylatorów

.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj dostawy** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **RAZEM cena brutto (PLN)** |
| 1. | Defibrylator zgodnie ze specyfikacją |  |  | szt. | 2 |  |
| 2. | Zestaw ratownictwa medycznego PSP R-1 |  |  | szt. | 4 |  |
| **RAZEM** |  |

 ……………………………………………

 (podpis Wykonawcy)