D/ZP/381/20/AM/15

Załącznik nr 3

**Formularz cenowy**

Tabela I - naprawa

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | Wartośćbrutto |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | System ogrzewania pacjenta Hico Aqua Therm 660 Hirtz | 3 | 6 |  |  |  |

Tabela II

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość netto | Wartość brutto |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |

\*wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)