

*Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego str. 1/1*

**nr sprawy 42/DEG/EK/2020**

**Przeprowadzenie testów specjalistycznych aparatu rentgenowskiego Siemens Multi Fusion oraz stacji opisowej RIS/PACS- zintegrowany system medyczny w pracowni RTG SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

**1. Formularz cenowy**

Lp.	Nazwa i typ aparatu	Ilość	Cena Jednostkowa Netto (zł)	Wartość Netto (zł)	VAT %	Wartość VAT (%)	Wartość Brutto (zł)
1. *	SIEMENS Multix Fusion Digital 2015,lampa o ogniskach 0.6, 0.1-03345233, kolimator 10092614 , detektor obrazu 2019-PS 4336W nr seryjny aparatu- 40234	1					
2. *	Stacja opisowa RIS/PACS – zintegrowany system medyczny	2					
<b>Razem:</b>					-		

**\* oferta obejmuje koszty dojazdu.**

**2. Termin płatności:**

Wyznaczamy płatność w terminie ..... dni od daty dostarczenia kompletnych i prawidłowo wystawionych dokumentów rozliczeniowych.  
*/wymagane jest .30 dni/*

**3. Inne .....**

..... dn. ....

.....  
*pieczętka i podpis Wykonawcy*  
lub upoważnionego przedstawiciela (ii) Wykonawcy