ZAŁĄCZNIK Nr 1 do Ogłoszenia **NR: BZP.2.2020/covid**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu al. Niepodległości 34  NIP: 778-13-46-888 **...............................................**  Nazwa jednostki zamawiającej |  | OPIS POTRZEB ORAZ FORMULARZ OFERTOWY |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **ilość** | **Cena/szt.** | **Wartość  w złotych brutto** | **Data realizacji – dostawy** |
| 1. | Respiratory stacjonarne | 100 |  |  |  |
| 2. | Respiratory transportowe / mobilne | 10 |  |  |  |
| 3. | Kardiomonitor stacjonarny | 100 |  |  |  |
| 4. | Kardiomonitor transportowy / mobilny | 20 |  |  |  |
| 5. | Łóżka elektryczne / elektryczne z wagą\* | 100 |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |  |  |  |  |

\*) w zależności od ceny

.................................................... .........................................................

Wykonawca (dostawca) Zamawiający