**Pakiet nr 3 – Wózki inwalidzkie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer oddziału** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość sztuk** | **cena jedn. netto** | **stawka vat** | **cena jedn. brutto** | **wartość netto** | **podatek vat** | **wartość brutto** | **Nazwa handlowa (producenta)** |
| 1 | Oddziały:  -neurologia,  -leczenia udarów,  -wewnętrzny psychosomatyczny,  -rehabilitacja neurologiczna | Wózek inwalidzki specjalistyczny - ręczny | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Okres gwarancji : …………….miesiące

Wartość netto: ……………………..PLN

VAT ………………………………………PLN

Wartość brutto …………………….PLN