

	Znak sprawy: NZP/ A/DGK/115/2023 FORMULARZ CENOWY
---	---

REGIONALNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
 ZDROWISKO Sopot w Sopocie
 ul. B. Chrobrego 6/8
 Tel./fax 555 08-82, 551-51-47
 NIP 551-000-08-235

Pieczęć Oferenta

.....
 Miejscowość, data

Lp.	Produkt, usługa	Ilość	Cena jednostkowa netto	VAT %	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto
I.	Nazwa przedmiotu zamówienia						
1							
2							
.							
.							
.							
.							
.							
.							
II.	Razem						

.....
 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

