**..................., dnia.....................**

***FORMULARZ OFERTOWY***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykonawca (pełna nazwa)\*  Wykonawcy wspólnie ubiegający  się o wykonanie zamówienia  (imiona i nazwiska)\* | |  | | | |
| Forma prowadzonej działalności | |  | | | |
| Adres siedziby\*  Adres prowadzenia działalności\* | |  | | | |
| Adres do korespondencji | |  | | | |
| KRS |  | | NIP |  | |
| REGON |  | Telefon |  | Telefon kom. |  |
| Faks |  | | e-mail |  | |

**Przedmiotem postępowania jest dostawa/sprzedaż *sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego* *zgodnie z obowiązującą zasadą konkurencyjności* w ramach** projektu pt.: pt.: „Organizacja i prowadzenie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Józefowie drogą do zdrowia i aktywności seniorów powiatu otwockiego”– nr RPMA.09.02.02-14-D529/19, w ramach Działania 9.2 „Usługi społeczne”, Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych” Regionalny Program Operacyjny, Europejski Fundusz Społeczny.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość (sztuk)** | **j.m** | **Opis** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | Stół rehabilitacyjny do masażu w tym limfatycznego. | 1 | szt. |  |  |  |
| **2** | Aparat do elektroterapii ze stolikiem | 2 | szt. |  |  |  |
| **3** | Aparat do magnetorepii o niskiej częstotliwości | 1 | szt. |  |  |  |
| 4 | Zestaw do laseroterapii ze skanerem i okularami | 1 | szt. |  |  |  |

Wartość brutto ogółem …………………….