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

***FORMULARZ OFERTOWY***

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonawca (pełna nazwa)\*Wykonawcy wspólnie ubiegającysię 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 …………………….