**Załącznik nr 1**

**SPZOZ.AZ.2025.MP.2**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

**w Kędzierzynie-Koźlu**

ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

|  |
| --- |
| **FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI**  **używanego automatycznego wstrzykiwacza kontrastu MEDRAD STELLANT CT** |

1. **DANE KONTAKTOWE WYCENIAJĄCEGO:**

Imię i nazwisko / Nazwa firmy: ....................................................................................................

Adres: …………...............................................................................................................................

Numer PESEL / NIP: .....................................................................................................................

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail: ..............................................................................................................................

Osoba do kontaktu (w przypadku firmy): ............................................ tel. ............................................

1. SZACOWANA CENA:

|  |
| --- |
| **Cena brutto: ………………………………………..…………………….. zł** |

1. **DATA SZACOWANIA: …………………………………….**