

Kraków, 26.09.2023

Załącznik Nr 2  
do zapytania ofertowego  
nr 1/2023,  
z dnia 26.09.2023 roku

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej TERAPIA – MED Sp. z o.o.**  
**Os. Niepodległości 2; 31 – 861 Kraków**

Dane Oferenta:

Nazwa .....

Adres: .....

Nr telefonu/faksu: .....

e- mail: .....

NIP: .....

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**TERAPIA-MED sp. z o.o.** 31-861 Kraków, os. Niepodległości 2,  
Tel. (+48 12) 648 24 95, e-mail: [nzozterapiamed@terapiamed.com.pl](mailto:nzozterapiamed@terapiamed.com.pl)

Kraków, 26.09.2023

**FORMULARZ CENOWY**

L.p	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT %	Wartość brutto	Opis oferowanego sprzętu (nazwa, model itp.)

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**TERAPIA-MED sp. z o.o.** 31-861 Kraków, os. Niepodległości 2,  
Tel. (+48 12) 648 24 95, e-mail: [nzozterapiamed@terapiamed.com.pl](mailto:nzozterapiamed@terapiamed.com.pl)

Kraków, 26.09.2023

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis)

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**TERAPIA-MED sp. z o.o.** 31-861 Kraków, os. Niepodległości 2,  
Tel. (+48 12) 648 24 95, e-mail: [nzoterapiamed@terapiamed.com.pl](mailto:nzoterapiamed@terapiamed.com.pl)