**Znak sprawy: DZP.271.23.2024**

## Załącznik nr 5 do swz

.................................................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**świadczenie pogwarancyjnej usługi serwisowej dla aparatu do brachyterapii FLEXTRION s/n FT 00742 producenta ELEKTA AB zainstalowanego w Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wartość netto serwisowania urządzenia przez okres 24 miesięcy** | **% VAT** | **Wartość brutto serwisowania urządzenia przez okres 24 miesięcy** |
| 1. | **Aparat do brachyterapii Flextrion s/n FT 00742 producenta Elekta AB** |  |  |  |
| 2. | **System Planowania leczenia Oncentra Brachy** |  |  |  |
| 3. | **Wymiana źródeł promieniotwórczych Ir-192 – 8 wymian** |  |  |  |
| **RAZEM:** | |  | **X** |  |

........................................................... ..............................................................

(miejscowość i data) (pieczęć i podpis osoby uprawnionej)