Ciechanów, dnia 19.04.2021 r.

AT-ZP / 2501/32/21

Wykonawcy ubiegający się

o udzielenie zamówienia publicznego

*dotyczy:* postępowania na **dostawę aparatury medycznej.**

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów informuje, że w przypadku jeśli dane urządzenie, na które złożona będzie oferta wymaga dodatkowego asortymentu i tym samym rozdziału stawki VAT na 8% i 23 %, wówczas prosimy o dodanie w załączniku nr 2-Zestawienie asortymentowo- wartościowe pod nr pozycji oferowanego urządzenia dodatkowego wiersza opatrzonego ta samą cyfrą z dodatkiem litery.

**Przykład**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa dostawcy - 15 znaków** | **Indeks produktu** | **Przedmiot zakupu - opis** | **Indeks produktu u dostawcy- 20 znaków** | **Nazwa produktu u dostawcy - pełna nazwa handlowa - 120 znaków** | **Nazwa producenta** | **Jednostka miary [op., szt.]** | **Wielkość opakowania** | **Ilość zamawiana** | **Cena jednostk.netto [zł]** | **Cena jednostk.brutto [zł]** | **Wartość netto [zł]** | **VAT %** | **Wartość brutto [zł]** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 1 |  | 080-00 | wirówka do kończyn górnych |  |  |  | szt. |  | 1,00 |  | 0,00 | 0,00 | 8 | 0,00 |
| 1a |  | …….. | ……. |  |  |  | … |  | ….. |  | …. | …. | 23 | ….. |
| 2 |  | 080-00 | aparat do magnetoterapii z wyposażeniem |  |  |  | szt. |  | 1,00 |  | 0,00 | 0,00 |  | 0,00 |