Oznaczenie sprawy: 05/ZP/2024 Załącznik Nr 1a do SWZ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Ilość****szt.** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość****netto w PLN** | **Stawka %****VAT** | **Wartość****VAT w PLN** | **Wartość brutto** **w PLN** |
| Ambulans sanitarny typu B | 1 |  |  |  |  |  |
| Nosze z transporterem | 1 |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM** |  |  XX |  |  |