



# SOSNOWIECKI SZPITAL MIEJSKI sp. z o.o.



## FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

### 1) URZĄDZENIA

| Lp. | Asortyment        | Ilość sztuk | Cena jednostkowa netto PLN | Stawka podatku VAT | Cena jednostkowa brutto PLN |
|-----|-------------------|-------------|----------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1   | Iphone 8          | 2           |                            |                    |                             |
| 2   | Iphone XR         | 1           |                            |                    |                             |
| 3   | Samsung Galaxy S9 | 6           |                            |                    |                             |
| 4   | Huawei Pro 20     | 3           |                            |                    |                             |
| 5   | HTC U12+          | 1           |                            |                    |                             |
| 6   | LG K11            | 17          |                            |                    |                             |
| 7   | Maxcom 330        | 6           |                            |                    |                             |

1. Termin płatności: .....od dnia wpływu faktury do Zamawiającego (nie krótszy niż 14 dni).

### 2) OPŁATY ABONAMENTOWE

| Lp. | Miesięczny abonament dla usług telefonicznych | Cena jednostkowa netto PLN | Stawka podatku VAT | Cena jednostkowa brutto PLN |  |
|-----|-----------------------------------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------------|--|
| 1   | Iphone 8                                      |                            |                    |                             |  |
| 2   | Iphone XR                                     |                            |                    |                             |  |
| 3   | Samsung Galaxy S9                             |                            |                    |                             |  |
| 4   | Huawei Pro 20                                 |                            |                    |                             |  |
| 5   | HTC U12                                       |                            |                    |                             |  |
| 6   | LG K11                                        |                            |                    |                             |  |
| 7   | Maxcom 330                                    |                            |                    |                             |  |
| 8   | Abonament bez urządzenia                      |                            |                    |                             |  |

1. Termin płatności: .....od dnia wpływu faktury do Zamawiającego (nie krótszy niż 14 dni).

Data: .....

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)

SOSNOWIECKI SZPITAL  
MIEJSKI  
sp. z o.o.

41-219 SOSNOWIEC

UL. SZPITALNA 1

TEL. (32) 4138 100

FAX (32) 4138 112

www.szpital-sosnowiec.pl

REGON 240837054

NIP 6443504464

ZAREJESTROWANY  
W SĄDZIE REJONOWYM  
KATOWICE, XII MCD  
W KATOWICACH  
WYDZIAŁ VIII GOSPODARSTWA  
KRAJOWEGO REJESTRU  
SĄDOWEGO POD NUMEREM  
0000476323

KAPITAŁ ZAKŁADOWY  
78 027 000,00 zł

21