

FORMULARZ CENOWY

.....
Pieczęć WYKONAWCY

**Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 5 im. św
Barbary w Sosnowcu
ul. Plac Medyków 1
41-200 Sosnowiec**

Oferujemy ubezpieczenia mienia (Część II) w przedmiocie odpłatnego świadczenia przez Wykonawcę usług ubezpieczenia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w okresie **12 miesięcy** (od 01.04.2010 r. do 31.03.2011 r.) za **łącną cenę brutto..... PLN (słownie.....)** na którą składają się:

Rodzaj ubezpieczenia	Przedmiot ubezpieczenia	Taryfa w %	Składka w PLN
Ubezpieczenie mienia od wszystkich ryzyk	Mienie		
Ubezpieczenie sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk	Sprzęt elektroniczny stacjonarny		
	Sprzęt elektroniczny przenośny		
	Sprzęt RTG		
	Tomografy		
	Endoskopy		
	Sprzęt USG		
	Sprzęt elektroniczny medyczny stacjonarny		
	Sprzęt elektroniczny medyczny przenośny		
RAZEM:			

Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis i pieczęć imienna upelnomocnionego przedstawiciela)