**FORMULARZ Cenowy**

**Województwo Kujawsko-Pomorskie**

**Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

**Pl. Teatralny 2**

**87-100 Toruń**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres dostawcy**  |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Telefon****Adres e-mail** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Rękawice medyczne, ochronne | Maski chirurgiczne |
| cena jednostkowa netto w zł |  |  |
| stawka VAT |  |  |
| cena jednostkowa brutto w zł |  |  |
| wartość zamówienia |  |  |

Termin dostawy ………………………………….. dni

................................. dnia ....................... .................................................................

imię, nazwisko i podpis osoby/osób/ upoważnionej/ych wraz z imienną pieczątką