**Załącznik nr 1A do ZO**

**CZĘŚĆ** **1: WYPOSAŻENIE SALI TERAPEUTYCZNEJ**

**FORMULARZ KALKULACJI CENOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Nazwa produktu** | **Sztuka/komplet** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6=4x5** |
| 1. | Materac rehabilitacyjny | Sztuka | **3** |  |  |
| 2. | Mata do akupresury z poduszką | Komplet | **10** |  |  |
| 3. | Mata do ćwiczeń | Sztuka | **6** |  |  |
| 4. | Wałek do masażu | Sztuka | **6** |  |  |
| 5. | Dysk | Sztuka | **10** |  |  |
| 6. | Pokrowiec | Sztuka | **10** |  |  |
| 7. | Pompka | Sztuka | **2** |  |  |
| 8. | Piłka gimnastyczna | Sztuka | **6** |  |  |
| 9. | Siatka do rehabilitacji dłoni | Sztuka | **4** |  |  |
| 10. | Trener równowagi | Sztuka | **1** |  |  |
| 11. | Woreczki sensoryczne | Komplet | **6** |  |  |
| 12. | Drabinka gimnastyczna drewniana | Komplet | **1** |  |  |
| 13. | Lampa do światłoterapii | Sztuka | **1** |  |  |
| 14. | **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO:** |  |

..............................., dn. ............................... …………….................................................................................

(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy)