

Wykonawca:

.....

.....

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel./fax: (48) 38 28 773/ (48) 614 81 39

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
Zadanie nr 3 – Odczynniki do fenotypu

L. p.	Producent Nr kat.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. za op. netto zł., gr	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.		Odczynnik monoklonalny anty-C (duże). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy.	op./5 ml	3				
2.		Odczynnik monoklonalny anty – c (małe). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy.	op./5 ml	3				
3.		Odczynnik monoklonalny anty – E (duże). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy.	op./5 ml	3				
4.		Odczynnik monoklonalny anty – e (małe). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy.	op./5 ml	3				
5.		Odczynnik monoklonalny anty – Kell. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy.	op./5 ml	6				
RAZEM							X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ Zadania nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ Zadania nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.

/słownie zł:

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy