

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 5 – Odczynniki serologiczne

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 anty – D RUM – 1 (IgM). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	150				
2.		Odczynnik anty – D BLEND (IgM + IgG). Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	160				
3.		Odczynnik monoklonalny anty – A klon I. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	150				
4.		Odczynnik monoklonalny anty – B klon I. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	150				
5.		Odczynnik monoklonalny anty – A klon II. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	150				
6.		Odczynnik monoklonalny anty – B klon II. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy. Opakowanie od 1 ml do 10 ml.	op./ 10 ml	120				
7.		Odczynnik: Standard anty – D. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 6 miesięcy.	op./ 2ml	20				
8.		Dolichotest lub lektyna anty – A ₁ . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 9 miesięcy	op./ 2ml	10				
RAZEM							X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ Zadania nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.
/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ Zadania nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
/słownie zł:

.....
Miejscowość Data Podpis i pieczęć Wykonawcy