

Wykonawca : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 tel/fax: .....

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

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**Zadanie nr 6 - Surowice do identyfikacji Salmonella spp.**

L. p.	Producent	Nr katalogowy	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto* zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.			Surowica poliwalentna <b>HM</b> Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	<b>8</b>					
2.			Surowice dla antygenów grupowych.Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy: <b>BO</b>	op./5 ml	<b>1</b>					
			<b>CO</b>	op./5 ml	<b>2</b>					
			<b>DO</b>	op./5 ml	<b>6</b>					
			Surowice dla antygenów somatycznych i rzęskowych: Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu 04</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	<b>1</b>					
			Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu 07</b> Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./1 ml	<b>1</b>					
			Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu 09</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	<b>6</b>					

3.		Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu H2</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	<b>1</b>						
		Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu Hgm</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	<b>6</b>						
		Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu Hi</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./1 ml	<b>1</b>						
		Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla <b>antygenu Hr</b> . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./1 ml	<b>1</b>						
<b>RAZEM</b>								<b>X</b>		<b>X</b>

\*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

**Cena netto /wartość/ Zadanie nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł.  
(słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ Zadanie nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT ..... zł.  
(słownie zł: ..... /.

.....	.....	.....
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Wykonawcy