

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 7 - Sporotesty

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.		Sporotest A. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./10 oznaczeń	150					
2.		Sporotest S. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./40 oznaczenia	3					
RAZEM							X	X	

*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/ Zadanie nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
 (słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ Zadanie nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
 (słownie zł: /.

.....
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Wykonawcy