

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

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
 Opieki Zdrowotnej w Koźienicach  
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Koźienice  
 tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**zadanie Nr 2 – Otwarty system do pobierania krwi**

L. p.	Producent Nr kat.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto zł., gr	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu
1		Probówka preparowana do morfologii z napyłonym EDTA 2ml – krwi, 12 mm x 55 mm PP, bez nadruku, korek eliminujący efekt aerozolowy.	szt.	15 000					
2		Probówka preparowana z aktywatorem krzepnięcia, 4,0 ml – krwi, 12 mm x 75 mm, bez nadruku, korek eliminujący efekt aerozolowy.	szt.	5 000					
3		Probówka preparowana do OB z cytrynianem + rurka z polistyrenu ze skalą 1,5 – 2 ml, 11,5 mm x 66 mm, korek eliminujący efekt aerozolowy.	kpl	15 000					
4		Probówka preparowana z aktywatorem krzepnięcia 4,5ml krwi, 13 mm x 75 mm, bez nadruku, korek eliminujący efekt aerozolowy.	szt.	20 000					
5		Probówka z fluorkiem sodu do oznaczania glukozy poj. do 2ml.	szt.	5 000					
<b>RAZEM</b>								<b>X</b>	<b>X</b>

\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 2, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.  
 /słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 2, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.**  
**/słownie zł: .....**

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy