

Wykonawca : .....

.....

.....

.....

tel/fax: .....

Samodzielny Publiczny Zespół

Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach

ul. Al. Wł. Sikorskiego 10

26 – 900 Kozienice

tel/fax: (48) 67 97 200/ (48) 67 95 930

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)****Zadanie Nr 10 - 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.		<b>Sporotest A.</b> Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./10 oznaczeń	<b>150</b>					
2.		<b>Sporotest S.</b> Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./40 oznaczenia	<b>3</b>					
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>		<b>X</b>

\*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

**Cena netto /wartość/ Zadanie nr 10**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł.

(słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ Zadanie nr 10**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT ..... zł.

(słownie zł: ..... /.

.....

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć Wykonawcy