

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 9 - 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 HM Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	8					
2.			Surowice dla antygenów grupowych.Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy: BO	op./5 ml	1					
			CO	op./5 ml	2					
			DO	op./5 ml	6					
3.			Surowice dla antygenów somatycznych i rzęskowych: Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla antygenu 04 . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	1					
			Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla antygenu 07 Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	1					
			Surowica Salmonella do aglutynacji szkiełkowej dla antygenu 09 . Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 ml	6					

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

*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/ Zadanie nr 9, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
(słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ Zadanie nr 9, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
(słownie zł: /.

.....
Miejscowość Data Podpis i pieczęć Wykonawcy