**ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków Załącznik nr 3 do siwz**

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwa | **Ilość**  | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT%** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Gwarantowany okres ważności odczynników** | **Numer katalogowy** | **Producent** |
| 1 | Biologiczny wskaźnik kontroli skuteczności procesu sterylizacji parą wodną w nadciśnieniu **(SPORAL A)** | 3000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Biologiczny wskaźnik kontroli skuteczności procesu sterylizacji suchym gorącym powietrzem **(SPORAL S)**  | 6 op. a 40 szt.=240 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Liofilizowane osocze królicze  | 200 opakowań  po 10 amp. a 2 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………… ….....................................................

Miejscowość, data (podpis Wykonawcy)