.

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa I adres Wykonawcy:.........................................................................................................

FORMULARZ CENOWY- GRUPA 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość/**  **szt / op** | **Cena**  **netto szt/opak.** | **Wartość netto** | **VAT**  **%** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Pełny**  **numer katalogowy** | **Numer i data ważn. świad. dopuszczenia** |
| 1. | Eza bakteriologiczna jednorazowa do posiewów krwi 0,001 ml = 1 ul | szt | 150 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Eza bakteriologiczna jednorazowa do posiewów krwi 0,01 ml = 10 ul | Szt | 90 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | |  |  |  |  |  |  |

................................. ..................................................................................................

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej do reprezentacji wykonawcy