

**Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/20/2016 FORMULARZ CENOWY PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**UWAGA:**

*W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”*

**Zadanie nr 15 – testy do identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości grzybów**

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Testy do identyfikacji grzybów i półilościowego oznaczania wrażliwości grzybów na mykotyki: ketokonazol, flukonazol, itraconazol, vorikonazol, flucytozyna, mikonazol, nystatyna, clotrimazol, amfoterycyna B		op.	50						
								RAZEM:		

*W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”*

..... , dnia .....

*(podpis osoby-osób uprawnionych do składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)*

