

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 4 – Podłoża Chromogenne

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	MRSA Chrom		op=10 szt	20						
2	Candida Chrom podłoże mleczne		op=10 szt	25						
3	GBS Chrom		op=10 szt	60						
4	VRE Chrom		op=10 szt	10						
5	ESBL Chrom		op=10 szt	10						
6	KPC Chrom		op=10 szt	10						
7	Campylobacter Chrom		op=10 szt	10						
								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 składnia
oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)*