

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 10 – Testy chromatograficzne

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 immunochromatograficzne do wykrywania toksyny A, B i Clostridium difficile(wykrywanie toksyna A $\geq 0,63$ ng/ml, toksyna B $\geq 1,25$ ng/ml)		szt	500						
2	Norovirus - test kasetkowy, bezpośredni do wykrywania antygenu w kale		szt	10						
3	Test do wykrywania leków i narkotyków w moczu min 10 parametrów AMP, BZO, TCA, THC, MDMA, COC, PCP, BAR. MTD., MET		szt	100						
4	Rotavirus/adenovirus - test do wykrywania antygenu w kale (bez wirowania zawiesiny)		szt	300						
5	Chlamydia trachomatis - test do wykrywania antygenu w materiałach z układu moczowo-płciowego		szt	60						
6	Helicobacter - test do wykrywania antygenu w kale		szt	10						
7	Testy immunochromatograficzne do wykrywania GDH Clostridium difficile (wykrywanie 0,8 ng/ml)		szt	50						

8	Test immunochromatograficzny do wykrywania przeciwciał IgM anty-HAV		szt	30						
9	Zestaw kontrolnek do testu Rotavirus/Adenowvirus (poz.4)		szt.	1						
								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)

