

Załącznik nr 4 – pakiet nr 4

.....,data.....

FORMULARZ CENOWY**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ****W PRZEDBORZU****Pakiet Nr 4 – do aparatu KOAGULOMETR C-1 na okres od dnia podpisania umowy do 31.12.2023r.**

Lp.	Rodzaj oznaczenia	Ilość oznaczeń	Zaoferowana wielkość opakowania	Ilość opakowań	Cena za 1 op.netto w zł	Wartość netto w zł	VAT %	Wartość brutto w zł	Nr katalogu
1.	Odczynnik do PT 10x2,5ml	200							
2.	Kontrola Norm-Trol 1, 10x1 ml			1					
3.	Kuwety do koagulometru seria C/ 1000szt.			1					
4.	Probówki do koagulologii 0,1 cytrynian sodu/50szt			6					
5.	Zestaw do OB	500							
	RAZEM:								

.....

Data i podpis oferenta