

Załącznik nr 4 – pakiet nr 5 cz.1

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

FORMULARZ CENOWY DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEDBORZU**Pakiet Nr 5 – odczynniki do aparatu A15 na okres od dnia podpisania umowy do 31.12.2024r. cz.1**

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.	ALT/GPT	400							
2.	AST/GOT	400							
3.	Amylaza	100							
4.	Bilirubina całkowita	50							
5.	Cholesterol	1000							
6.	Trójglicerydy	1000							
7.	GGTP	100							
8.	Glukoza	1000							
9.	Kreatynina	900							
10.	Kwas moczowy	300							
11.	Mocznik/ Bun UV	100							
12.	Wapń	60							
13.	Żelazo ferrozyna	70							
14.	ASO immunoturb.	50							
15.	CRP immunoturb.	700							
16.	Fosfataza alkaliczna	40							
17.	HDL odcz.strąc.	1000							
18.	RF immunoturb.	100							
19.	Magnez	100							
20.	Fosfor	50							
21.	Calcium	200							
	SUMA:								

.....data i podpis oferenta