**Załącznik nr 1 do SIWZ – Formularz Szczegółowy Oferty**

Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.16.2018

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa odczynnika** | **Ilość oznaczeń****na** **okres 36 miesięcy** | **Numer katalogowy****Wytwórca** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość oferowanych** **opakowań do pełnego opakowania**  | **Cena jedn. netto****opakowania** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jedn. brutto****opakowania** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Test kasetowy do wykrywania Helicobakter Polori w kale (test immunochromatograficzny)** | 1500 oznaczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ :** |  |  |

**Uwaga**: ilość zaoferowanych niepodzielnych opakowań należy wyznaczyć tak, aby możliwe było wykonanie wskazanej ilości badań, tzn. należy stosować zaokrąglenie ilości opakowań do pełnych opakowań w górę.

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

 */podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*