**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/*