Dz\_2026\_03\_Formularz\_cenowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Odczynnik** | **Ilość oznaczeń wraz z kontrolami na 1 rok lata** | **Ilość testów z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 1 rok** | **Cena 1 opakowania netto** | **Wartość netto na 1 rok** | **% VAT** | **Wartość brutto na 1 rok** |
| 1 | **PT** | 4430 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **APTT** | 3550 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Fibrynogen** | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Osocze kontrolne**  **normalne** | codziennie |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Osocze kontrolne**  **patologiczne** | codziennie |  |  |  |  |  |  |
| Wykonawca rozszerzy tabelę o odczynniki i akcesoria niezbędne do wykonania w/w ilości badań oraz eksploatacji aparatu na czas dzierżawy | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Dzierżawa aparatu** | **Okres dzierżawy** | **Cena za 1 m-c netto** | **% VAT** | **Cena za 1 m-c brutto** | **Wartość na 1 rok netto** | **Wartość na 1 rok brutto** |
| 1 | Typ/model:  ..……………  Producent:  .…………….  Rok produkcji: ….………… | 12 m-cy |  |  |  |  |  |

**Uwaga: wartość dzierżawy aparatu należy zsumować do łącznej wartości oferty**

**Łącznie wartość netto: …………. zł**

**Wartość vat: …..% …………… zł**

**Łącznie wartość brutto: …………… zł**

……………………………………  
 (Formularz cenowy podpisuje upełnomocniony przedstawiciel wykonawcy podpisem elektronicznym zgodnie z wytycznymi określonymi w ogłoszeniu)