**Załącznik nr 3. Formularz cenowy.**

**Pakiet 1. System zamknięty aspiracyjno-próżniowy pobierania krwi.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | Cena jedn. brutto | Wartość brutto | Nazwa producenta | Numer katalogowy |
| 1. | Igła typu motylek 0,8 mm, 0,9 mm długość drenu do 80 mm | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Igła z adapterem 0,7 mm, 0,8 mm, 0,9 mm | 6000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Adapter – łącznik do strzykawek luer | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Adapter – łącznik do wkłuć dożylnych | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Strzykawko – próbówka surowica. 4,5 – 5,0 ml. śr. 13 mm wys. 90 mm | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Strzykawko – próbówka neutralna. 4,5 – 5,0 ml. śr. 11 mm wys. 92 mm | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Strzykawko – próbówka neutralna. 8-9 ml. śr. 16 mm wys. 92 mm | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość ogółem |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości niż podane w pakiecie.  Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne +karty katalogowe  3) Wpis do rejestru wyrobów medycznych jeżeli jest wymagany |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ………………………………………………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….

(podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

**Pakiet 2. Ultiva.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość opak. | Cena jedn. netto | Wartość netto | Cena jedn. brutto | Wartość brutto | Nazwa producenta | Numer katalogowy |
| 1 | Ultiva 1 mg x 5 fiolek w opak. | 80 |  |  |  |  |  |  |
| Wartość ogółem | | | |  |  |  |  |  |
| Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości niż podane w pakiecie.  Wymagane dokumenty:  1) Deklaracja zgodności CE  2) Ulotki informacyjne +karty katalogowe  3) Wpis do rejestru wyrobów medycznych jeżeli jest wymagany | | | | | | | | | |

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): ………………………………………………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): …………………………………………………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………….

(podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)