**FORMULARZ ASORTYMENTOWO CENOWY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-12/ZO/2017 na **dostawę odczynników i materiałów zużywalnych do aparatu Vitek 2 Compact dla potrzeb** **WSZ w Koninie**

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia

za cenę …………...............................................................................................................złotych netto plus podatek VAT w wysokości ………………………………………………………………..złotych razem ……………………………………………………………………………………...złotych brutto

słownie ............................................................................................................................. złotych brutto

**2.** Dostawę towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy własnym środkiem transportu,   
na swój koszt i odpowiedzialność.

**4.** Okres ważności na oferowany asortyment wynosi:……………………………………………….

**5.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zobowiązuję się do ich okazania na każde żądanie zamawiającego

**6.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EP-12/ZO/2017

wraz z załącznikami, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

**7**. Oświadczamy , że oferta jest ważna do momentu podpisania umowy z wybranym wykonawcą.

**8.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**9.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

..........................................................

Miejscowość………….............,data........................................

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Nazwa wykonawcy**………………………………………………………..………………………………………………………………………….………

**Adres Wykonawcy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

Odczynniki i materiały zużywalne do aparatu Vitek 2 Compact

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| lp | Rodzaj testu / materiał | Ilość  na 3 lata | Cena jednostkowa netto zł | Wartość  Netto zł | VAT % | Wartość  Brutto zł | Nr katalogowy |
| 1 | Identyfikacje G(+) | 1200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 2 | Identyfikacje G(-) | 1200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 3 | Identyfikacje bakterii beztlen. | 200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 4 | Identyfikacje Haemophilus,Neisseria | 120 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 5 | Identyfikacje grzybów | 200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 6 | Lekowrażliwość G(+) | 1200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 7 | Lekowrażliwość G(-) | 2400 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 8 | Lekowrażliwość grzyby | 200 szt. |  |  | 8 |  |  |
| 9 | Saline Solution 3 x 500ml | 24 op. |  |  | 8 |  |  |
| 10 | Kit Densichek Plus Standards | 2 op. |  |  | 8 |  |  |
| 11 | Probówki do przygotowania zawiesiny 1x 2000 szt. | 6 op. |  |  | 23 |  |  |
| RAZEM: | | | |  |  |  | -------------------------- |

**Wymagania konieczne:**

1. Termin ważności dla testów min. 4 miesiące
2. Termin ważności dla materiałów zużywalnych min.1 rok (chyba, że producent zastrzeże inaczej)
3. Certyfikat kontroli jakości dostarczony do każdej serii produktu.

**II.** Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………...................................., data.......................................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej ………………………………………….. |
|  |  |