**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment(wpisać** nazwę handlową zgodną z nazewnictwem  jakie będzie używane w wystawianych Fakturach i dokumentach dostaw) | **Proponowane**  **op. handlowe**  ***(wpisać)*** | **j.m.** | **ilość** | **Cena netto**  **za 1 op.**  **handlowe** | **Wartość**  **netto** | **Stawka**  **podatku**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| **1.** | **Paski testowe do glukometrów (op. x 50 szt.):**  **Nazwa handlowa:……………………………………**  **Producent:…………………………..……………….**  **Nr katalogowy:………………………………………**  **\***dopuszcza się paski w mniejszych/większych op. handlowych, ale wtedy należy wpisać zmodyfikowaną ilość op. |  | **Op.** | **3 000** |  |  |  |  |
| **2.** | **Nakłuwacze jednorazowego użytku, automatyczne,** sterylne, do punktowego nakłuwania  skóry w celu pobrania próbki krwi kapilarnej z opuszki palca, pozwalające uzyskać  wlk. próbki krwi wymaganą w oferowanym systemie kontroli poziomu glukozy we krwi,  **z igłą 21 G i głębokością nakłucia 18 mm(op. x 100 szt.)**  **Nazwa handlowa:........................................................**  **Producent:……………………………………………**  **Nr katalogowy:………………………………………**  **z igłą 21 G i głębokością nakłucia 2,0 mm(op. x 100 szt.)**  **Nazwa handlowa:........................................................**  **Producent:……………………………………………**  **Nr katalogowy:………………………………………**  **z igłą 21G i głębokością nakłucia 2,2 mm (op. x 100 szt.)**  **Nazwa handlowa:........................................................**  **Producent:……………………………………………**  **Nr katalogowy:………………………………………**  **z igłą 21G i głębokością nakłucia 2,4 mm (op. x 100 szt.)**  **Nazwa handlowa:........................................................**  **Producent:……………………………………………**  **Nr katalogowy:………………………………………**  \*dopuszcza się mniejsze/większe op. handlowe, ale wtedy należy wpisać zmodyfikowaną ilość op. |  | **Op.**  **Op.**  **Op.**  **Op.** | **1 200**  **200**  **100**  **100** |  |  |  |  |
| **3.** | **GLUKOMETR kompatybilny z oferowanymi paskami i płynami kontrolnymi, przekazany nieodpłatnie, na podstawie Protokołu przekazania-odbioru na czas trwania Umowy.**  **Glukometry będą używane w m-cu opieki nad pacjentem** |  | **Szt.** | **80** | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razem:** |  |  |  |

……………………………………….

Podpis Wykonawcy