**Arkusz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość testów** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena za jedn. miary netto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku VAT**  **podać %** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa**  **producenta,**  **nr katalogowy** |
| A | B | C | D | E | F | G =F x E | H | I | J= I +G | K |
| 1. | **Kał - krew utajona**  **Test immunochromatograficzny** | 230 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Helicobacter pylori w kale** - antygen | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Influenza A+B** | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **RSV** | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **RSV/ Influenza A+B** | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | **SARS-COV2** – antygen | 1 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość razem:** | | | |  |  |  |  |  |  |

………….……………………………

data i podpis Wykonawcy lub   
 upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy