***Załącznik Nr 2 do zapytania ofertowego***

**Opis Przedmiotu zamówienia – formularz asortymentowo cenowy**

1. Termin ważności oferowanego przedmiotu zamówienia nie może być krótszy niż 12 m-cy.
2. Opis właściwości, zasad bezpieczeństwa użytkowania, terminy ważności oraz numer świadectwa rejestracji muszą znajdować się na opakowaniach, jeżeli jest takie wskazanie zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Wykonawca na ryzyko i koszt własny winien dostarczyć przedmiot zamówienia do Zamawiającego.
4. Oferowane wyroby medyczne muszą spełniać wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja

2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 Nr 107, poz. 679).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa środka** | **j.m.** | **ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  **netto** | **Stawka**  **VAT**  **%** | **Wartość** |
| 1. | Cidex OPA | Opakowanie3,78 l | 25 |  |  |  |
| 2. | Paski testowe do Cidex OPA | Opakowanie  15 szt. | 25 |  |  |  |
| 4. | Javel | Karnister5l | 40 |  |  |  |
| 5. | Incidur spray | Opakowanie650 ml | 500 |  |  |  |
| 6. | AHD 2000 | Opakowanie250 ml spray | 450 |  |  |  |
| 7. | Sekusept pulwer | Opakowanie10 kg | 2 |  |  |  |
| 8. | Aktywator do sekusept pulwer | Opakowanie2 litry | 2 |  |  |  |
| 9. | Pera Med. 08  Lub Chirosan | Opakowanie80 g | 60 |  |  |  |
| 10. | Spitaderm | Opakowanie0,5l | 30 |  |  |  |
| **WARTOŚC ZAMÓWIENIA - 12 miesięcy:** | | | | | |  |

……………………………. dnia ….…… 2013 roku

………………………………………..

czytelne podpisy lub podpis   
 z pieczątką imienną osoby/osób   
 uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy