

**OFERTA CENOWA NA DOSTAWĘ ŚRODKÓW DEZYNFEKCYJNYCH PAKIET NUMER .....  
dla Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu**

| Opis przedmiotu zamówienia     | Stężenie użytkowe  | Spektrum działania | Czas ekspozycji                  | Wielkość opakowania  | Ilość                    | Cena jednostkowa netto |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|
| 1                              | 2                  | 3                  | 4                                | 5                    | 6                        | 7                      |
|                                |                    |                    |                                  |                      |                          |                        |
| Wartość zamówienia netto (6x7) | Stawka podatku VAT | Kwota podatku VAT  | Wartość zamówienia brutto (8+10) | Nazwa producenta     | Nazwa handlowa<br><br>13 |                        |
| 8                              | 9                  | 10                 | 11                               | 12                   |                          |                        |
|                                |                    |                    |                                  |                      |                          |                        |
| RAZEM                          | xxxxxxx            |                    |                                  | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx | xxxxxxxxxx               |                        |

.....  
Data, pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy