# /pieczątka Wykonawcy/ Zał.4.3.

 Eap-2412/4/20/M

 **FORMULARZ CENOWY**

#  **PAKIET NR 3** **- Szwy chirurgiczne niewchłanialne:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nr nici** | **Asortyment****(wpisać wszystkie pozycje asortymentowe-24 pozycje** | **Długość nitki**  | **Ilość saszetek** | **Ilość saszetek w opakowaniu** | **Cena netto****jednej saszetki** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** | **Cena brutto** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Producent kod** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu netto: zł

VAT: zł

Wartość pakietu brutto: zł

Słownie: zł

Przedstawiony powyżej załącznik jest integralną częścią oferty, zawiera sposób kalkulacji ceny oferty

………………………………….. ………………………………………………….

/ miejscowość, data / Czytelne podpisy osób uprawnionych

 do reprezentowania wykonawcy