***…………………………………………. Załącznik nr 1.1 do SWZ***

 ***Nazwa (firma) Wykonawcy na dostawę kasetowych szybkich testów na przeciwciała Covid-19 Ag Rapid***

 ***Spr Szp/FZ-41/2021***

***Formularz asortymentowo-cenowy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa produktu i opis**  | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartość netto | %VAT | Cena jedn. brutto  | Wartość brutto | Nazwa handlowa |
| 1. | **Test kasetowy szybki na przeciwciała Covid -19 Ag Rapid** | 5000 |  |  |  |  |  |  |
| Razem netto, brutto  |  |  |  |

………...................................................................

(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania

Wykonawcy)