

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„ŚRÓDMIEŚCIE” W OPOLU
45 – 047 OPOLE, WARYŃSKIEGO 30**

Tel/fax 77/4412072

Opole, 17.10.2017r.

SPROSTOWANIE

SP ZOZ „Śródmieście” w Opolu informuje, o omyłce pisarskiej w Pkt 4,5,6 wartość prawidłowa jest w **ml**.

Powinno być:

W pozycji Ilość w litrach w punkcie:

- 4. – Krew kontrolna L *max wielkość opakowania 2,5 ml* - (ilość) **137,5 ml**
- 5. – Krew kontrolna N *max wielkość opakowania 2,5 ml* - (ilość) **137,5 ml**
- 6. – Krew kontrolna H *max wielkość opakowania 2,5 ml* - (ilość) **137,5 ml**

W załączeniu poprawiony formularz.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
„ŚRÓDMIEŚCIE” w Opolu
lek. med. Jolanta Essler-Kowalik

FORMULARZ OFERTOWY

Nr	Nazwa	CPV	Cena jedn. netto	Cena jedn. brutto	Ilość w litrach	Ilość opakowań	Wartość netto (4x6)	Podatek VAT [zł]	Wartość brutto (7+8)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Oryginalne odczynniki hematologiczne do analizatora hematologicznego MYTHIC 18									
1	Odczynnik hematologiczny Diulent <i>max wielkość opakowania 20 l</i>	33124131-2	*****	*****	700 l	*****	*****	*****	*****
2	Odczynnik hematologiczny Cleaner <i>max wielkość opakowania 1 l</i>	33124131-2	*****	*****	33 l	*****	*****	*****	*****
3	Odczynnik hematologiczny Lysing Reagent CN <i>FREE max wielkość opakowania 1 l</i>	33124131-2	*****	*****	22 l	*****	*****	*****	*****
4	Krew Kontrolna L <i>max wielkość opakowania 2,5 ml</i>	33124131-2	*****	*****	137,5 ml	*****	*****	*****	*****
5	Krew Kontrolna N <i>max wielkość opakowania 2,5 ml</i>	33124131-2	*****	*****	137,5 ml	*****	*****	*****	*****
6	Krew Kontrolna H <i>max wielkość opakowania 2,5 ml</i>	33124131-2	*****	*****	137,5 ml	*****	*****	*****	*****
7	Odczynnik odbiający Flush <i>max wielkość opakowania 0,5 l</i>	33124131-2	*****	*****	5 l	*****	*****	*****	*****
Termin dostawy.....						Razem:	*****	*****	*****
słownie wartość									
netto.....									
brutto.....									
(max 4 dni robocze).									

Oświadczam, że zapoznałem / się z treścią wzoru umowy i akceptuję go bez zastrzeżeń.

.....dnia.....2017 r.

.....
Podpis osób / osoby upoważnionej