**COZL/DZP/MJ/3413/Z-59/2022**

**Kosztorys ofertowy - Załącznik nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Jednostka****miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa****brutto\*** | **Wartość brutto ogółem\*** | **Producent/ Nr. katalogowy /Nazwa na fakturze\*** |
| 1 | Komplet osłon przed zalaniem krwią:- kompatybilne z systemem Affirm Prone Biopsy System- opakowanie zawiera 20 szt. | Op. | 20 |  |  |  |
|  |  |  |  | RAZEM |  |  |  |  |  |

**\*) wypełnia wykonawca**

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

podpis osoby upoważnionej
do reprezentacji Wykonawcy