**Załącznik nr 1 Kosztorys ofertowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp |   Asortyment |  Jm |  Ilość |  Cena jedn.  brutto |  Wartość  brutto\* (kol.4xkol.5) |  Producent Numer kat. |   Nazwa  na fakturze\* |
|  **1** |  **2** |  **3** |  **4** |  **5** |  **6** |  **7** |  **8** |
| 1. | Osłony przed zalaniem krwią kompatybilne z systemem Affirm Prone Biopsy System (op.=20szt.) | op. | 30 |  |  |  |  |

 ………………………………………………………………………………….

 (data i czytelny podpis uprawnionego przedstawiciela(i) Wykonawcy