**Nr postępowania – ZP/2501/129/2021**

**Załącznik nr 2a**

**WYKAZ PRÓBEK**

**do przetestowania na Dostawę odzieży i obuwia roboczego dla personelu Szpitala Nr – ZP/2501/129/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PRODUKT - CHARAKTERYSTYKA** | **Ilość**  **wymagana** | **Ilość szt.**  **dostarczona** | **Oferowany produkt**  **typ/nr kat.** | **Numer serii**  **i data ważności**  /jeśli dotyczy/ | **Producent** | **WYCENA PRÓBEK** | | |
| **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **Pakiet nr 2 - Odzież (personel medyczny)** | | | | | | | | | |
| **1** | **Odzież damska (personel medyczny)**  **Komplet dwuczęściowy (żakiet /bluza+ spodnie)** | **2 komplety** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Odzież męska (personel medyczny)**  **Komplet dwuczęściowy (marynarka + spodnie):** | **2 komplety** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM WARTOŚĆ PRÓBEK** | | | | | | |  |  |

**Uwaga –** Wykonawca zobowiązany jest do wpisania do tabeli wszystkich wymaganych informacji dotyczących oferowanych produktów .

Informacje te są niezbędne m.in. do przeprowadzenia procedury ewidencyjnej.

....................................................................................................

pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy