

Nazwa, adres i dane kontaktowe Oferenta

Miejscowość i data sporządzenia oferty

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**na dostawę szczepionek dla dorosłych**

| L.p. | Nazwa badania                                        | Ilość sztuk | Cena jednostkowa brutto | Wartość brutto |
|------|------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|----------------|
| 1.   | Szczepionka p/ tężcowi i błonicy Td                  | 100         |                         |                |
| 2.   | Szczepionka p/kleszczowemu zapaleniu mózgu FSM IMMUN | 100         |                         |                |
|      |                                                      |             |                         |                |

Oferta ważna do dnia: .....

Dane osoby reprezentującej Oferenta i podpis