

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/ kłępczowemu zapaleniu mózgu FSME IMMUN 0,5 ml	100		
2.	Szczepionka p/ wzv typ B Hepavax Gene	20		
3.	Szczepionka p/wzv typ A Avaxim 160U	10		

Oferta ważna do dnia:

Dane osoby reprezentującej Oferenta i podpis