

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/05/2016 FORMULARZ CENOWY PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**UWAGA:**

W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”

Zadanie nr 3 – leki różne

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Paracetamolum czopki 0,25g x 10 czopków		op.	20						
2	Delacet płyn a 100ml		op.	15						
3	Gynalgin tabl. dopochwowe x 10		op.	10						
4	Simvastatinum tabl 0,02g x 28		op.	300						
5	Dicoflor krople a 5ml		op.	6						
6	Tobramycin krople 0,3% a 5ml		op.	6						
7	Bebilon pepti 1 proszek a 450g		op.	20						
8	Diazepam 0,005g/2,5ml x 5 wlewek		op.	6						
9	Alteplaze inj 0,01g x 1 fiolka		op.	20						
10	Gabapentin kapsułki 0,1g x 100		op.	10						
11	Filgrastim inj 0,3mg/0,5ml=30mln.j.m x 1 ampułko-strzyk		op.	15						
								RAZEM:		

W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”

..... , dnia

.....

*(podpis osoby-osób uprawnionych do składnia
oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)*