

**Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/13/2016 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 42 – Lidocainum +chlorhexidinum gluconas**

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Lidocainum + Chlorhexidinum gluconas żel jałowy 5ml x 1 ampułko – strzyk * **		sztuk	4000						
						RAZEM:				

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

**\*Zamawiający dopuszcza objętość 6ml**

**\*\* Zamawiający dopuszcza inną wielkość opakowania z przeliczeniem ilości**

..... , dnia .....

.....

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