

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 51 – Furosemidum inj

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Furosemidum inj 20mg/2ml x 50 amp*		op	800						
2	Potassium inj 15% a 10ml x 20 amp**		op	1300						
3	Metronidazolum r-r inj 0,5% a 100ml		op	13000						
RAZEM:										

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

***Zamawiający w pozycji 1 dopuszcza opakowania zbiorcze po 20 ampułek z odpowiednim przeliczeniem ilości**

**** Zamawiający w pozycji 2 dopuszcza opakowania zbiorcze po 50 ampułek z odpowiednim przeliczeniem ilości**

..... , dnia

.....

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