

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/13/2017 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”

Pakiet nr 53 – Insuliny

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Insulin glulisine Solostar 100j.m./ml a 3ml x 5 wstrzykiwaczy		op	30						
2	Insulin humanum isophanum Solostar 100j.m./ml x 5 wstrzykiwaczy		op	14						
3	Insulin humanum Solostar 100 j.m./ml x 5 wstrzykiwaczy		op	14						
4	Insulin inj. Neutralis, insulin isophanum Solostar 100j.m./ml x 5 wstrzykiwaczy		op	14						
5	Insulin glargine Solostar 100j.m./ml a 3ml x 5 wstrzykiwaczy		op	15						
								RAZEM:		

Zamawiający wymaga zaoferowania preparatów od jednego producenta

..... , dnia

.....

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