

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 2 – NARKOTYKI

	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Pethidinum inj 100mg/2ml x 10 ampułek		op.	70						
2	Fentanylum inj 0,1mg/2ml x 50 amp		op.	210						
3	Morphini sulfas inj 0,01g/1ml x 10 amp		op.	530						
4	Morphini sulfas inj 0,02g/1ml x 10 amp		op.	5						
5	Oxycodonum inj 10mg/1ml x 10 amp		op.	190						
6	Morphini sulfas 0,1% spinal inj 2mg/2ml x 10 amp		op.	30						
7	Morphini tabl o przedł. uwalnianiu 0,03g x 20 tabl		op.	20						
8	Morphini tablo przedł. Uwalnianiu 0,06g x 20 tabl		op.	20						
9	Ketaminum inj 0,01g/1ml a 20ml x 5 fiolek		op.	1						
								RAZEM:		

.....,DNIA

.....

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