

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 42 – Lidocainum

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	5500						
								RAZEM:		

***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)