

**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 46 – Meropenemum 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	Meropenemum inj a 1g x 10 fiolek*		fiołka	190						
2	Meropenemum inj 0,5g x 10 fiolek*		fiołka	150						
								<b>RAZEM:</b>		

*\*Zamawiający nie wymaga zarejestrowanych wskazań do leczenia pacjentów z bakteriamiq oraz trwałości r-ru po przygotowaniu ponad 1 godzinę*

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

.....

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