

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 8 – leki różne

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Gliclazidum tabl 0,06g x 60 (tabl o zmodyf uwalnianiu)		op.	30						
2	Perindoprilum tabl 0,005g x 90 tabl		op.	50						
3	Indapamidum tabl 1,5mg x 90 (tabl o zmodyf uwalnianiu)		op.	50						
4	Tianeptinum tabl 12,5mg x 90 tabl		op.	30						
5	Trimetazidinum tabl 35mg x 90 (tabl o zmodyf uwalnianiu)		op.	30						
								RAZEM:		

..... , dnia

.....

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