

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 4 – Imipenem+ Cilastin

| Lp. | Nazwa towaru | Nazwa handlowa produktu oferowanego | j. m. | Ilość | Cena Jednostek Netto | Cena Jednostek Brutto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Producent |
|---------------|---|-------------------------------------|-------|-------|----------------------|-----------------------|---------------|------------|----------------|-----------|
| 1 | Imipenem + Cilastin fiolka 0,5g x 10 fiolek | | op | 240 | | | | | | |
| RAZEM: | | | | | | | | | | |

..... , dnia

.....

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