

**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 15 – 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	Ketoprofen inj i.v 100mg/2ml x 10 amp		Op.	1900						
2	Ketoprofen tabl 100mg x 30		Op.	250						
3	Acetylocysteine inj 0,3g x 5 amp		op	700						
4	Ambroxol inj 15mg x 5 amp		op.	800						
5	Dobuatminum h/chlor inj 0,25g x 1 fiolka		op	1300						
6	Pefloxacinum inj 400mg/5ml x 10 amp		op	120						
7	Pefloxacinum tabl 400mg x 10		op	10						
8	Aciclovirum inj 0,25g x 10 fiolek		op	250						
9	Clindamycinum inj 0,3g x 5 ampułek		op	300						
10	Clindamycinum inj 0,6g x 5 fiolek		op	550						
11	Diclofenac inj 75mg/3ml x 10 amp		op	60						
12	Aciclovirum inj 0,5g x 10 fiolek		op	40						
13	Leko saszetki ze środkiem dezynfekującym x 100 sztuk		op	450						
								<b>RAZEM:</b>		

..... , DNIA .....

.....

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