

**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 48 – Ciprofloxacinum**

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ciprofloxacinum r-r do infuzji 2mg/ml a 50ml x 1 flakon *		sztuk	14000						
2	Ciprofloxacinum r-r do infuzji 2mg/ml a 100ml x 1 flakon *		sztuk	23000						
<b>RAZEM:</b>										

**\*Zamawiający dopuszcza ampułki x 10 sztuk z odpowiednim przeliczeniem ilości**

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

.....

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