

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 17 – Clorazepate dipotasium

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Clorazepate dipotasium inj 0,02g x 5 fiolek		op	200						
RAZEM:										

..... , dnia

.....

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