Zał. nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/08/2015 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”

Zadanie nr 39 – Wzmacniacze do pokarmu

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Wysokoenergetyczny dodatek do pokarmów, bezglutenowy proszek a 400g		Op	10						
2	Wysokobiałkowy dodatek do pokarmów, bezglutenowy o neutralnym smaku proszek a 225g		Op	25						
3	Kompletna dieta pod względem odżywczym, bezresztkowa, bezglutenowa proszek a 430g		Op	10						
								RAZEM:		

W przypadku nie wypełnienia kolumny „nazwa produktu oferowanego, przyjmuje się iż zaoferowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”

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

.....

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