

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/34/2015 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 2 – Żywnienie dojelitowe

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, standardowa, normokaloryczna, bezreszkowa (białko 3,8 – 4,0g/100ml) a 500ml		flakon	1500						
2	Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, standardowa, normokaloryczna, bogatoreszkowa (białko 3,8 – 4,0g/100ml) a 500ml		flakon	60						
3	Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, bogatobiałkowa (białko 6,0 – 7,5g/100ml), wysokokaloryczna, bezreszkowa a 500ml		flakon	250						
4	Kompletna dieta do żywienia dojelitowego, bogatobiałkowa (20% białka), wysokokaloryczna (1,2 – 1,25kcal/100ml) , bogatoreszkowa a 1000ml		flakon	250						
5	Dieta specjalistyczna , bogatobiałkowa, normokaloryczna , bezreszkowa, zawierająca glutaminę i argininę 1000ml lub 2x500ml		flakon	200						
6	Dieta specjalistyczna, normokaloryczna , bogatoreszkowa, dla pacjentów chorych na cukrzycę (białko 4,3 -4,5g/100ml) a 1000ml		flakon	350						

7	Dieta specjalistyczna oligopeptydowa, normokaloryczna, normobiałkowa (białko 4 – 4,5g/100ml), bezresztkowa a 500ml		flakon	60						
8	Dieta wysokokaloryczna, wysokobiałkowa, bogatoresztkowa a 500ml		flakon	60						
9	Linie grawitacyjne do podaży diet dojelitowych		sztuk	100						
								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 składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)