

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/41/2015 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 3 – Amoxicillin+ Clavulanic acid

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Amoxicillin+ Clavulanic acid tabletki 0,625g x 14		op.	140						
2	Amoxicillin+ Clavulanic acid tabletki 1,0g x 14		op.	350						
								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)