

**FORMULARZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, CENOWY – Załącznik nr 2 - do SIWZ nr SPZOZ/PN/66/2011**

**UWAGA :**

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

Leki różne

Lp	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena Jednost Netto	Cena Jednostk Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Levothyroxinum tabl 25mcg x 50		op	60						
2	Alteplaze inj 0,02g x 1 fiolka		op	40						
3	Levothyroxinum tabl 1000mcg x 50tabl		op	40						
4	Aciclovir inj 0,25g x 5fiolek		op	250						
5	Macrogolum konc do sporządź r-ru 200ml		op	200						
6	Colistinum inj 1mln j.m. x 20fiolek		op	6						
7	Tampony OB mini x 8		op	10						
							Razem:			

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

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