

Formularz przedmiotu zamówienia, cenowy - załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/79/2011

**ZADANIE 1 – Interferon Pegylowany + rybawiryna**

Lp	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena Jednostk Netto	Cena Jednostk Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Wartość brutto zamówienia z opcją	Producent
1	<b>Interferon Pegylowany <math>\alpha</math>-2a</b> <i>(ampulko – strzykawka lub/i wstrzykiwacz)</i> <b>w dawce 180<math>\mu</math>g/0,5ml i 135<math>\mu</math>g/0,5ml.</b> Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniach częściowych.		Mcg	155000							
2	Rybawiryna tabl 0,2g x 168		op	215							
									<i>R-m:</i>		

**UWAGA: Ilość zamawiana w opcji – stanowi 20% zamówienia (ilości zamawianej)**

....., DNIA .....

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

**ZADANIE 2 – Interferon Pegylowany + rybawiryna**

Lp	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena Jednostk Netto	Cena Jednostk Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Wartość brutto zamówienia z opcją	Producent
1	<b>Interferon Pegylowany <math>\alpha</math>-2b</b> <i>(ampulko – strzykawka)</i> <b>w dawce 80<math>\mu</math>g; 100<math>\mu</math>g; 120<math>\mu</math>g; 150<math>\mu</math>g</b> Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniach częściowych.		Mcg	50000							
2	Rybawiryna tabl 0,2g x 140		op	145							
									<i>R-m:</i>		

**UWAGA: Ilość zamawiana w opcji – stanowi 20% zamówienia (ilości zamawianej)**

....., DNIA .....

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

### ZADANIE 3 – Lamivudyna

Lp	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Lamivudyna 0,1g tabl x 28		op	200						
<b>R-m;</b>										

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

....., DNIA .....

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

### ZADANIE 4 – Adefovir + Entekavir

Lp	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Adefovir 0,01g tabl x 30		op	36						
2	Entekavir 0,001g tabl x 30		op	60						
3	Entekavir 0,0005g tabl x 30		op	6						
<b>R-m;</b>										

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

....., DNIA .....

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