

FORMULARZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA, CENOWY – DRUK Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/82/2011

**UWAGA :**

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

Lp	Nazwa	Nazwa handlowa produktu oferowanego	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ambroksol syrop 0,03g/5ml a 150ml		op	40						
2	Atropinum tabl 0,25mg x 20tbl		op	20						
3	Berodual N aerozol 200 dawek		op	25						
4	Fenoterolum 100mcg/dawka a 10ml 200 dawek		op	25						
5	Dicortineff zawiesina a 5ml		op	100						
6	Bromhexinum syrop 4mg/5ml a 120ml		op	20						
7	Gastrolit sasz 4,15g x 15sztuk		op	10						
8	Lakcid proszek x 50amp		op	10						
9	Lorinden C maść a 15g		op	10						
10	Tramadolum tabl 50mg x 20tbl		op	240						
11	Spironolacton tabl 100mg x 20		op	100						
12	Tazocin inj 4,5g x 12fiolek		op	20						
13	Tialorid tabl x 50		op	15						
14	Phytomenadionum tabl 10mg x 30		op	25						
15	Rifamazid kaps (0,3g + 0,15g) x 100		op	5						
16	Rifamazid kaps (0,15g + 0,1g) x 100		op	5						
17	Calcium carbonate tabl 1g x 100		op	8						
18	Escin tabl 20mg x 30		op	40						
19	Diclofenac tabl 50mg x 20		op	30						
20	Propofolum inj 1% 20ml x 5amp		op	280						

21	Vessel Due F r-r 600LSU/2ml x 10amp		op	20						
22	Ipratropium bromide płyn do inhalacji a 20ml		op	500						
23	Amiodaronum inj 50mg/1ml a 3ml x 5amp		op	280						
24	Lignocaiunum żel 2% typ A a 30g		op	70						
									<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)*