

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/15/2016 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”

Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego +kod EAN	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir tabl 12,5mg+75mg+50mg x 56 tabletek*		op	21						
2	Dazabuvir 250mg x 56 tabletek *		op	21						
3	Ribavirin tabl 200mg x 168 tabletek*		op	21						
								RAZEM:		

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

*Kody EAN oferowanych preparatów mają być zgodne z wymaganymi przez NFZ

..... , dnia

.....

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