

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/17/2016 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”

Ladipasvirum + Sofosbuvirum, Sofosbuvirum, Ribavirinum

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	Ladipasvirum+Sofosbuvirum 90+400mg x 28 tabl powlekanych *		op	6						
2	Sofosbuvirum 400mg x 28 tabl powlekanych *		op	3						
3	Ribavirinum 200mg x 140 kapsułek twardych *		op	10						
								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)