

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/39/2016 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”

Zadanie nr 3 – Interferon alfa-2b

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	Interferon Pegylowany α-2b ampułko -strzykawka w dawkach 80µg;100µg;120µg;150µg Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniu częściowym *		mcg	1600						
2	Rybawiryna tabletki 0,2g x 140 *		op	8						
								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)