

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 4 – Interferon alfa -2a**

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 $\alpha$ -2a (ampułko-strzykawka lub/i wstrzykiwacz) w dawce 180 $\mu$ g/0,5ml i 135 $\mu$ g/0,5ml. Wielkość zamawianych dawek będzie zależna od zapotrzebowania szpitala i każdorazowo podawana przy zamówieniach częściowych *		mcg	12600						
2	Rybawiryna 0,2 x 168 tabletek *		op	12						
								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)*