

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/24/2017 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”*

**Pakiet nr 2 – Lopinavir+Ritonavir i Emtricitabine+ Tenofovir**

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Lopinavir + Ritonavir tabl 0,2g+0,05g x 120		op	6						
2	Emtricitabine+Tenofovir tabl 0,2g+0,245g x 30		op	6						
								RAZEM:		

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

\* Zamawiający dopuszcza opakowania x 5 ampulek z odpowiednim przeliczeniem ilości

..... , dnia .....

.....

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