

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 3 – Insuliny

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Insulina ludzka o przedłużonym działaniu zawieszona do wstrzykiwań 100 j.m./ml a 3ml x 5 wkładów		op	70						
2	Insulina analogowa, do posiłkowa /długo działająca r-r do wstrzykiwań 100j.m./ml a 3ml x 10 wkładów		op	120						
3	Insulina analogowa, bazowa /długo działająca r-r do wstrzykiwań 100j.m./ml a 3ml x 10 wkładów		op	4						
4	Insulina analogowa, mieszanki 30/70 zawieszona do wstrzykiwań 100j.m./ml x 10 wkładów		op	30						
5	Insulina analogowa, mieszanki 50/50 / zawieszona do wstrzykiwań 100j.m./ml a 3ml x 10 wkładów		op	6						
6	Igły do insuliny NovoFine x 100 sztuk		op	60						
								RAZEM:		

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

*** Zamawiający wymaga preparatów od jednego producenta.**

....., dnia

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