

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 zaofierowano produkt, który widnieje w kolumnie nazwa „nazwa towaru”*

**Pakiet nr 4 – Albuminy**

Lp.	Nazwa towaru	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Albumina 20% a 50ml		flakon	1200						
								RAZEM:		

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

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

.....

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