

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/TP/11/2021 - 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 8 - Insuliny

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	Insulin glulisine Solostar 100j.m/ml a 3 ml x 5 wstrzykiwaczy			op	20						
2	Insulin humanum isophanum Solostar 100j.m/ml a 3 ml x 5 wstrzykiwaczy			op	15						
3	Insulin humanum Solostar 100j.m/ml a 3 ml x 5 wstrzykiwaczy			op	15						
4	Insulin neutralis ,isophanum Solostar 100j.m/ml a 3 ml x 5 wstrzykiwaczy			op	15						
5	Insulin glargine Solostar 300j.m/ml a 1,5 ml x 10 wstrzykiwaczy			op	8						
6	Insulin glargine Solostar 100j.m/ml a 3 ml x 5 wstrzykiwaczy			op	15						
7				op							

0 RAZEM:

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

..... , dnia

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