

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/ 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 – Ibuprofen

Lp.	Nazwa towaru	Kod EAN	Nazwa handlowa produktu oferowanego	j. m.	Ilość	Cena Jednostek Netto	Cena Jednostek Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Ibuprofen 0,4g/100ml x 10 worków			op	120						
2	Ibuprofen 0,6g/100ml x 10 worków			op	80						
3	Ibuprofen 0,2g/50ml x 10 worków			op	20						
4	0,3%Kalium chloride+0,9%Natrium chloride a 500ml r-r gotowy do użycia x 10 butelek			op	150						
5	0,3%Kalium chloride+5%Glucose a 500ml r-r gotowy do użycia x 10 butelek			op	200						
									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 składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)