Nazwa Wykonawcy ............................................................................................................................

Adres Wykonawcy .............................................................................................................................

Numer telefonu / fax ..........................................................................................................................

Adres e-mail: ......................................................................................................................................

NIP: ..................................................................... REGON: .............................................................

Wpisany do rejestru przesiębiorców pod nr KRS ...................................../ CEDIG

1. Formularz cenowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa dawka postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) |
| 1. | AQUA PRO INJECTIONE 500 ml\* | 200 | szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | SOL. RINGERI 500 ml roztwór do infuzji zawierający chlorki sodu potasu i wapnia\* | 20 | szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | GLUCOSUM 10% 500 ml\* | 1 400 | szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | GLUCOSUM 5% 500 ml\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 5. | MANNITOL 20% 200MG/ML 100 ml | 100 | szt. |  |  |  |  |  |
| 6. | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 100 ml\* | 3 800 | szt. |  |  |  |  |  |

...................................... dn. ......................................

....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa dawka postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto  (zł) |
| 7. | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 250 ml\* | 1 000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 8. | NATRIUM CHLORATUM 0,9% 500 ml\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 9. | Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny zawierający kationy Na, K, Ca, Mg oraz octan, cytrynian bez mleczanów 500 ml (OPTYLITE)\* | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  | -- |  |  |

\* w pozycjach 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 wymaga się zaoferowania opakowań stojących z dwoma portami nie wymagających dezynfekcji.

2. Termin płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie .......... dni (*min 14 dni- max. 60 dni*) od daty wystawienia dokumentów rozliczeniowych

3. Oświadczamy, że nie korzystamy/korzystamy\* z usług podwykonawców. W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców (zakres, wartość)

\*niepotrzebne skreślić

4. Inne ..............................................................................................

...................................... dn. ......................................

....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*