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

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

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

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

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

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

1. Formularz cenowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  | Dawka / postać | Ilość | Jedn. miary | Cena jedn. netto(zł)  | Wartość netto(zł) | VAT(%) | Wartość VAT(zł) | Wartość brutto(zł) | Nazwa handlowa oferowanego leku | Dawka / postać oferowanego leku | Wielkość opakowań jednostkowych |
| 3. | Xeplion 75 mg | INJ. 0,75 G (1 AMPUŁKOSTRZYKAWKA + 2 IGŁY) | 40 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Xeplion 100 mg | INJ. 0,1 G (1 AMPUŁKOSTRZYKAWKA + 2 IGŁY) | 150 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Xeplion 150 mg | INJ. 0,15 G (1 AMPUŁKOSTRZYKAWKA + 2 IGŁY) | 200 | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  | --------------- | --------------- | --------------- |

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

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

 *pieczątka i podpis Wykonawcy*

 *lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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*