**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**SP ZOZ/DZ/5/2020**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa międzynarodowa | Nazwa handlowa | Postać, dawka, wielkość op. | Ilość op. | Cena jednostkowa netto | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| 1 | Joversolum |   | 350 mg jodu/ml 50ml x 10 butelek | 80 |  |  |  |  |
| 2 | Joversolum |   | 350 mg jodu/ml 100ml x 10 strzykawek autom. | 120 |  |  |  |  |
| 3 | Joversolum |   | 350 mg jodu/ml 125ml x 10 strzykawek autom. | 1 |  |  |  |  |
|   | Razem: |  |  |  |

…………………….………………, dnia …………………… 2020 r.

 …………………………….…………………

 pieczęć i podpis upoważnionego