



Załącznik Nr 2  
LAP.6150-U/01/...../2013  
FORMULARZ OFERTY CENOWEJ

.....  
(pieczęć Wykonawcy)

**OFERTA CENOWA**

Lp.	Asortyment / nr kat.	Jedn. miary	Ilość	Cena jedn.netto	Łączna cena netto	Stawka VAT %	Łączna cena brutto	Producent
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Amoksiklav 1,2 g x 1 fiol.	1 fiol.	5000					
2	Amoksiklav 625 mg x 14 tabl.	op	30					
3	Amotaks 1 g x 16 kaps	op	20					
4	Bactroban maść do nosa 20 mg/g 3g	szt	10					
5	Biodacyna inj. 250 mg/ml (1g/4ml) 1 amp.	1 amp	1000					
6	Biseptol 480 5 ml x 10 amp.	op	200					
7	Cipronex 100 mg/50 ml x 1 fiol.	1 fiol.	1000					
8	Colistin 1000000j.m. x 1 fiol.	1 fiol	1000					
9	Metronidazol 250mg x20 tabl.	op	500					
X	Razem	x	x	x		x		x

.....  
podpis osoby uprawnionej /upoważnionej \*

\* *niepotrzebne skreślić*