COZL/DZP/BB/3413/Z-39/2022

*Załącznik nr 1 Kosztorys ofertowy - Ibuprofen*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Jednostka miary** | **Ilość sztuk w opakowaniu** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa netto\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto\*** |
| **1.** | Ibuprofen | 400 mg/100ml  Roztwór do infuzji | op | 20 | 120 |  |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

|  |
| --- |
| **- termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………………………………  *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji wykonawcy)* |  |  |
|  |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
|  | | | | |