Załącznik nr 2C do SWZ **– „ZAKUP LEKÓW PSYCHOTROPOWYCH”.**

**Dane WYKONAWCY/CÓW składającego/ych ofertę:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów)\* | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* W przypadku składania ofert przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum.*

### 

### **ZABRANIA SIĘ jakichkolwiek zmian W FORMULARZU ASOTYMENTOWO – CENOWYM. Zgodnie z Rozdz. IV ust. 4 – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** – „…….W przypadku, jeśli Wykonawca chce zaproponować lek np. w innej ilości, w innym opakowaniu itp. zobowiązany jest uprzednio zwrócić się z zapytaniem do Zamawiającego i uzyskać jego pisemną zgodę”.

### 

### **Ja/ My niżej podpisany/ni\***

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

w prowadzonym postępowaniu na **dostawę** pn.: **”Sukcesywny zakup leków-2”** oferujemy leki, zgodnie z FORMULARZEM ASORTYMENTOWO – CENOWYM:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa międzynarodowa leku** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto**  **obliczyć:**  **kol. 4 x 5** | **Stawka  % VAT** | **Kwota VAT**  **obliczyć:**  **kol. 6 x 7)** | **Wartość brutto**  **obliczyć:**  **kol. 6 + 8)** | **Producent**  **i nazwa leku** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10** |
| 1. | Diazepam 0,01g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Diazepam 0,005g/2,5ml wlewki 5 wlewek | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Diazepam 5mg/ml, amp 2ml op 5 amp | op. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Midazolam 5mg/1ml, op 10amp | op. | 90 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Clonazepamum 1mg/1ml, op 10 amp | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Haloperidol 5mg/ml, amp 1ml op 10 amp | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | **X** |  |  |  |  | **X** |

**UWAGA. Plik/dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/-ne do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy**

………………………………

Miejscowość i data

………………………………………………………………

Podpis