COZL/DZP/MBK/3411/PN- 117/24

Załącznik nr 2 KOSZTORYS OFERTOWY

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Dawka/postać** | **Ilość op**  **(A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Nazwa handlowa leku, kod EAN producent\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| 1. | Peginterferon alfa 2a | roztwór do wstrzykiwań 135ug/0,5ml a 0,5ml | 1 |  |  |  |
| 2. | Peginterferon alfa 2a | roztwór do wstrzykiwań 90ug/0,5ml a 0,5ml | 550 |  |  |  |
| 3. | Peginterferon alfa 2a | roztwór do wstrzykiwań 180ug/0,5ml a 0,5ml | 15 |  |  |  |

\*- wypełnia Wykonawca

Lek dostępny w ramach programu lekowego.

|  |
| --- |
|  |

……………………………………..

|  |
| --- |
|  |
| *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)* | |