Załącznik nr 2b do SWZ **– „ZAKUP PŁYNÓW INFUZYJNYCH”.**

**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 produkty, 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. 1.
 | Aqua pro injectione, 10 ml, 100 ampułek  rozpuszczalnik do sporządzania leków parenteralnych | op. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 2.
 | Gelofusine lub Gelaspan 500 ml roztw.do inf. flakon lub worek lub butelka  |  szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 3.
 | Glucosum 10%, rozt. d.inf., 500ml flakon lub worek | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 5.
 | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml, flakon lub worek 100 ml | szt. | 310 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 6.
 | Injectio Glucosi 5% 50mg/ml,flakon lub worek 500 ml | szt. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 7.
 | Mannitol 15 %/ 250ml flakon lub worek | szt. | 25 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 8.
 | Natr. chloratum 0,9% inj. flakon lub worek 100ml | szt. | 540 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 9.
 | Natr. chloratum 0,9% inj. flakon lub worek 500ml | szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 10.
 | Płyn Fizjologiczny Wieloelektrolitowy Izotoniczny, flakon lub worek 500 ml | szt. | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 11.
 | Solutio Ringeri rozt. d/inf 500ml, flakon lub worek | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |

**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