

Załącznik nr 2 do SWZ / Załącznik nr 1 do Umowy

FORMULARZ CENOWY

Nazwa wykonawcy **PROFARM PS SP. Z O.O.**

Adres wykonawcy ul. Słoneczna 96

Miejscowość 05-500 Stara Iwiczna Data 12.04.2021r.

Cenowa ofertowa za wykonanie **zadania / części nr 20** / przedmiotu zamówienia:

Lp.	Nazwa środka	Nazwa handlowa preparatu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena netto	VAT	Wartość netto	Wartość brutto
1	Metamizolum nat. 500 mg/ml/2 ml x 10	METAMIZOL-SF inj.500 mg x 5 amp. 2 ml	op	270 (oferujemy 540 op po 5 amp.)	9,22	8%	4 978,80	5 377,10
2	Metamizolum nat. 500 mg/ml/5 ml x 10	METAMIZOL-SF inj.500 mg x 5 amp. 5 ml	op	1200 (oferujemy 2400 op po 5 amp.)	10,20	8%	24 480,00	26 438,40
OGÓŁEM							29 458,80	31 815,50

Wartości z pozycji OGÓŁEM (netto, VAT, brutto) należy przenieść do formularza ofertowego w miejsce przeznaczone do wpisania wartości za wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie zadania / części nr 20