

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 10** / przedmiotu zamówienia:

Lp.	Nazwa środka	Nazwa handlowa preparatu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena netto	VAT	Wartość netto	Wartość brutto
1	Dexmedetomidine 0,2 mg / 2 ml x 25 amp	<b>DEXDOR</b> <b>inf.100 mcg/ml 2ml x 25</b>	op	90	92,82	8%	8 353,80	9 022,10
<b>OGÓŁEM</b>							<b>8 353,80</b>	<b>9 022,10</b>

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 10