

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 14.04.2021r.

Cenowa ofertowa za wykonanie zadania / części nr 4/ przedmiotu zamówienia:

Lp.	Nazwa środka	Nazwa handlowa preparatu oferowanego	j.m.	Ilość	Cena netto	VAT	Wartość netto	Wartość brutto
1	Imunoglobulina Anty – Rh D Gamma anty D 50 roztwór do wstrzykiwań 50 mcg / ml x amp	GAMMA ANTY-D 50 50 mcg/ml 1 amp a 1ml	op	30	100,98	8%	3 029,40	3 271,75
2	Imunoglobulina Anty – Rh D Gamma anty D 150 roztwór do wstrzykiwań 150 mcg / ml x amp	GAMMA ANTY-D 150 inj.150 mcg/ml x 1 amp.	op	90	211,09	8%	18 998,10	20 517,95
OGÓŁEM							22 027,50	23 789,70