

SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERT

PAKIET NR 10

Lp.	Nazwa leku	Nazwa własna Dawka , wielkość opakowania	i.m.	Ilość zamawiana	Cena jed. brutto	Wartość brutto
1.	Ceftriakson 1g im. , iv. Bez ograniczeń wiekowych		fiol	17 000		
2.	Cefotaksym 1g im. , iv. Bez ograniczeń wiekowych.		fiol	2 900		

Wartość brutto pakietu: zł Zastosowano stawkę VAT: %

Słownie:

.....
/podpis i pieczęć upoważnionego
przedstawiciela /