

Załącznik numer 4 do SWZ

Formularz cenowo-asortymentowy

DYREKTOR


Agnieszka Góras

Nazwa (firma) Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

Składamy ofertę na:

„DOSTAWA LEKÓW” CZĘŚĆ 1

Pakiet nr 3 – Leki do prowadzenia terapii substytucyjnej w ramach programu ambulatoryjnego

LEKI SUBSTYTUCYJNE KOSTRZYN N. ODRA				Razem na 2024 rok	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
1	levomethadone	2,5mg/ml	syrop 1L	Levomethadone 2,5mg/ml	442 butelki			
2	Buprenorphinum	8mg	tabletki 28	Bunofrin 8mg	52 opak			
3	Buprenorphinum	2mg	tabletki 28	Bunofrin 2mg	156 opak			
OGÓLEM								

Uwaga: Kwoty należy podać do dwóch miejsc po przecinku.

....., dnia

.....

Podpis osoby upoważnionej do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy.

Podpis zaufany lub podpis osób