

AK.ZP.34310-24/2008

**Formularz cenowy koszyka leków**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa</b>	<b>Wielkość opakowania</b>	<b>Cena detaliczna brutto<sup>2</sup></b>
1.	TARDYFERON 80 mg	30 tabl.	
2.	POLOCARD 75 mg	50 szt.	
3.	BISOCARD 5 mg	30 tabl.	
4.	KREON 25 000	20 kaps.	
5.	AUGMENTIN 625 mg	14 tabl.	
6.	EURESPAL SYROP	150 ml	
7.	FERVEX SASZ.	8 szt.	
8.	NUROFEN FORTE 400 mg	12 tabl.	
9.	ZYRTEC 10 mg	30 tabl.	
10.	VAGIFEM 0,025 mg	15 tabl. vag.	
11.	ZYLIT 75 mg	28 tabl.	
12.	CALCIUM C POMARAŃCZ.	12 szt.	
13.	LAKCID PROSZ.	10 amp.	
14.	NASIVIN 0,01 % /dla niemowląt/ krople	1 szt.	
15.	AMLOZEK 5 mg	30 tabl.	
16.	SINGULAIR 10 mg	28 tabl.	
17.	TUSSICOM 600 GRAN. SASZ.	20 sasz.	
18.	BACTRIM SYROP 0,24g/5 ml	100 ml	
19.	DUOMOX 750 mg	20 tabl.	
<b>RAZEM</b>			

<sup>1</sup> W przypadku składania oferty na więcej niż jedną część, należy wypełnić formularz cenowy dla każdej części (apteki) odrębnie.

<sup>2</sup> Cena detaliczna brutto oferowana klientom w aptece - wyjściowa cena detaliczna brutto przed refundacją, obowiązująca w dniu otwarcia ofert.

słownie:

---

---

**UWAGA!**

Podane wyżej leki są jedynie przykładowe. Podopieczni MOPR będą realizować recepty zgodnie ze wskazaniem lekarskim. Formularz cenowy należy wypełnić we wszystkich pozycjach. Inaczej oferta będzie nieporównywalna z innymi ofertami, co spowoduje jej odrzucenie.

**UWAGA!**

Komisja przetargowa może w dniu otwarcia ofert sprawdzić zgodność podanych w formularzu cen, zgodnie z zapisami pkt XV SIWZ.

---

podpis osoby/osób uprawnionych/uprawnionej  
do reprezentowania wykonawcy, do występowania w obrocie  
prawnym i składania oświadczeń woli w jego imieniu