

FORMULARZ CENOWY

Załącznik nr 3 do SIWZ- Zmieniony

L.P.	Nazwa leku	Postać, dawka	J.m.	Ilość zapotrz.	Cena jedn. netto za 1 sz. [zł]	VAT %	WARTOŚĆ BRUTTO [zł] kol.5 x kol.6 + kol.7	Nazwa handlowa	Wymaga importu docelowego (tak/nie)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Szczepionka p/meningokokom grupy C – Oczyszczony Polisacharydowy Antygen Skoniugowany.		szt.	7448					