**CZĘŚĆ 13 FORMULARZ CENOWY - MODYFIKACJA**

dostawa do magazynu Sekcji Medycznej 26 WOG 05-131 Zegrze, ul. Juzistek 2

Termin ważności dostarczonych produktów nie może być krótszy niż 2/3 terminu ważności ustalonego przez producenta lub co najmniej 3/4 daty przydatności ( w przypadku produktów nie mających wskazanej daty produkcji) z wyłączeniem produktów dla których nie określa się terminów ważności.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Nazwa katalogowa produktu (przedmiotu zamówienia) | j.m. | ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość podatku | Wartość brutto | Termin ważności |
| ~~1.~~ | ~~ADRENALINA - AMPUŁKOSTRZYKAWKI 0,3MG~~ | **~~-~~** | ~~szt.~~ | ~~2~~ | **~~-~~** | **~~-~~** | ~~8%~~ | ~~-~~ | ~~-~~ | ~~-~~ |
| 2. | ASPIRIN C 400+240MG 20 TABL.MUSUJĄCE |  | op. | 4 |  |  | 8% |  |  |  |
| 3. | ICE SPRAY 200ML |  | szt. | 10 |  |  | 8% |  |  |  |
| 4. | OCTENISEPT PŁYN 250ML |  | szt. | 2 |  |  | 8% |  |  |  |
| 5. | SKINSEPT PUR 350ML PŁYN |  | op. | 3 |  |  | 8% |  |  |  |
| 6. | TRAUMON 100MG/G 100G ŻEL |  | szt. | 2 |  |  | 8% |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejscowość…………………………, dnia …………………

…………………………………………….

(pieczątka, podpis osoby upoważnionej)