

.....  
(pieczęćka firmowa)

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

*Na dostawę leku Lenalidomid*

Lp	Przedmiot zamówienia	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto	Stawka VAT	Nazwa handlowa	Producent
x	x	x	x	/w zł/	/w zł/	/w % /	x	x
1.	Lenalidomid 25 mg x 21 kaps	Op.	18					
2.	Lenalidomid 15 mg x 21 kaps	Op.	10					
3.	Lenalidomid 10 mg x 21 kaps	Op.	10					
<b>Razem:</b>				<b>x</b>		<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>

Leki w pakiecie powinny pochodzić od jednego producenta.

.....dnia .....2012

.....  
/podpis Wykonawcy/