**Załącznik nr 11**

**Dotyczy PAKIETU nr 2.**

**Miesięczne zapotrzebowanie na materiały jednorazowego użytku potrzebne Oferentowi do udzielania świadczeń zdrowotnych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP | Asortyment: materiały /leki niezbędne do udzielania świadczeń | miesięczna szacunkowa ilość niezbędna do udzielania świadczeń |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |