

Załącznik nr 2 do siwz

Wykonawca: .....  
.....  
.....  
tel./fax.: .....

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice  
tel./fax.: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

**Zadanie nr 35- Leki**

Lp.	Nazwa handlowa i producent	Przedmiot zamówienia	Jednostka	J.m.	Ilość	Cena jedn. netto zł gr.*	Wartość netto zł gr.	VAT %	Wartość brutto zł gr.
1		Alteplasum	10 mg inj. i. v.	fiol	10				
2		Alteplasum	20 mg inj. i. v.	fiol	12				
3		Alteplasum	50 mg inj. i. v.	fiol	35				
RAZEM									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 35**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 35**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: .....

