

**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 43- 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		Bupivacaini hydrochlor.	inj.0,5%20ml x 5 fioł	op	15				
2		Cefepimum	1g	fioł	60				
3		Cefepimum	2g	fioł	60				
4		Cefoperazonum/Sulbactamum	1g/fioł.im./iv.	fioł	60				
5		Cefoperazonum/Sulbactamum	2g/fioł.im./iv.	fioł	30				
6		Esomeprazolom (bez ograniczeń wiekowych)	0,04g x 10 fioł.	op	60				
7		Sevoflurane butelka 250ml x 1 szt. Butelka musi umożliwiać ocenę wzrokową płynu, oraz posiadać szczelny i bezpośredni system napełniania parowników tj. bez dodatkowych elementów łączących butelkę z parownikiem.	Zawartość wody 0,03%-0,1%,250 ml	op	80				
RAZEM									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 43, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi .....** zł  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 43, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT .....**  
/słownie zł: ..... /.