

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 6- 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		Amoxicillinum	tabl.500 mg x 16szt	op	5				
2		Amoxicillinum	tabl. 1 g x 16szt.	op	80				
3		Ampicillinum	fiol. 0.5 g	szt.	120				
4		Ampicillinum	fiol. 1 g	szt.	1400				
5		Ampicillinum+Sulbactamum	fiol. 500 mg+250mg	szt.	120				
6		Ampicillinum+Sulbactamum	fiol. 1g+500 mg	szt.	400				
7		Cloxacillinum	fiol. 1 g	szt.	300				
8		Colistimethatum natricum	fiol. 1. 000.000 j.m. x 20 fiol.	op	36				
9		Dexamethasonum	aerosol 0.15mg/ml; 55 ml	szt.	120				
10		Doxycyclinum	caps. 100 mg x 10 szt.	op	100				
11		Doxycyclinum	amp. 20mg/ml ; 5ml x 10 amp.	op	240				
12		Erythromycinum	fiol. 300 mg	szt.	50				
14		Neomycinum	tabl. 250 mg x 16 szt.	op	40				
15		Neomycinum	aerosol 11,72 mg/g; 32g	szt.	200				
16		Oxytetracyclinum+Hydrocortison i acetat	aer. (5mg+1,67mg)/ml;32.25g	szt.	12				

17		Penicill. cryst.	fiol. 1 mln j. m.	szt.	<b>100</b>				
18		Penicill. cryst.	fiol. 3 mln j. m.	szt.	<b>200</b>				
19		Rifampicinum	300 mg x 100 szt.	op	<b>1</b>				
20		Rifampicinum	150 mg x 100 szt.	op	<b>1</b>				
21		Roxithromycinum	100 mg x 10 tabl.	op	<b>10</b>				
22		Roxithromycinum	tabl 150 mg x 10 szt.	op.	<b>15</b>				
<b>RAZEM</b>									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: ..... /.