

Załącznik nr 2 do siwz

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

Zamawiający: Samodzielny 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 10- 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		Imipenemum/Cilastatinum	500mg+500mg,pr.d/inf,	szt.	400				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 10, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł
/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 10, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł
/słownie zł: /.

