

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 19- 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		Cefotaximum	fiol. 1 g	op.	3000				
RAZEM									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 19**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 19**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

