

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 17- 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		Klarytromycinum	fiol. 500 mg	fiol	2 500				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 17, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi
 /słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 17, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT
 /słownie zł: /.

