

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 34- 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		Amantadini sulfas	200mg/500ml x 10fl	op	12				
2		Amantadini sulfas	100 mg x 100 tabl.	op	6				
3		Ornitini aspartas	inj.5g/10 ml x10amp.	op	160				
4		Ornitini aspartas3000 granulat	3g/5gx30saszetek	op	80				
RAZEM									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 34**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 34**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

