

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 20- 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		Aciclovirum	inj. 250 mg x 5 amp	op.	20				
2		Gentamicinum	maść do oczu 0,3 % 3 g	op.	5				
3		Hydrocortisonum	inj. 25 mg x 5 kpl	op.	10				
4		Hydrocortisonum	inj. 100 mg x 5 kpl	op.	800				
5		Lidocaini hydrochlor.	żel 2% A 30 g	op.	150				
6		Lidocaini hydrochlor.	żel 2% U 30 g	op.	260				
7		Neomycinum	maść do oczu 0,5 % 3 g	op.	80				
8		Promazini hydrochlor.	tabl. 25 mg x 60 szt.	op.	40				
9		Promazini hydrochlor.	tabl. 50 mg x 60 szt.	op.	6				
10		Promethazini hydrochlor.	draż 10 mg x 20	op.	6				
11		Promethazini hydrochlor.	draż 25 mg x 20	op.	6				
12		Sulfathiazolum argentum	krem 2% 40 g	op.	120				
13		Sulfathiazolum argentum	krem 2% 400 g	op.	12				
14		Suxamethonii chloridum	inj. 200 mg/2 ml x 10szt.	op.	60				
<b>RAZEM</b>									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł**  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł**  
/słownie zł: ..... /.