

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 5930

**Zadanie nr 16- 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		Albuminy ludzkie 20% roztwór do infuzji dożylnych w opakowaniach o pojemnościach 50 i 100 ml	inj.20 %, 1 ml	mililitr	8000				
RAZEM									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 16**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 16**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł  
/słownie zł: ..... /.

