

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 7- 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		Gliklazyd	60 mg x 90 tabl.tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu	op	20				
2		Indapamid	SR 1,5 mg x 108 tabl	op	50				
3		Perindopril argininum	5 mg x 90 tabl.	op	30				
4		Perindopril argininum	10 mg x 90 tabl	op	6				
5		Perindopril/Indapamid forte	5mg/1,25mgx90tabl.	op	5				
6		Tianeptyna	12,5 mg x 108 tabl.	op	20				
7		Trimetazyna	tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu x 90 tabl	op	60				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł

/słownie zł: /.