

**Załącznik nr 2 do siwz**

**Wykonawca:** .....  
 .....  
 .....  
**tel./fax.:** .....

**Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół  
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
 26-900 Kozienice  
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
 tel./fax.: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30**

**Zadanie nr 37- 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		Dexamethasoni phosphas	inj. 4 mg/ 1 ml x 10 szt	op.	<b>400</b>				
2		Dexamethasoni phosphas	inj. 8 mg/ 1 ml x 10 szt.	op.	<b>150</b>				
<b>RAZEM</b>									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 37, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi** .....

/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 37, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z** ..... % podatkiem VAT

/słownie zł: .....



