

Załącznik nr 2 do siwz

Wykonawca:.....

.....

.....

tel./fax:.....

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół

Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koziennicach

ul. Al. Wł. Sikorskiego 10

26-900 Kozienice

tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

Zadanie nr 11- Leki

[illegible]

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł
/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł
/słownie zł: /.