

Wykonawca:.....

.....

.....

tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół

Zakładów Opieki Zdrowotnej

Al. Gen. Wł. Sikorskiego 10

26-900 Kozienice

tel./fax: (48) 614 82 34/ (48) 614 81 39

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (Umowy)

Zadanie nr 3 – Kalendarze

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.
1.	Kalendarz typu „Teno” lub równoważny, na 2017 rok, jeden dzień na stronie. Format A5	szt.	20				
2.	Kalendarz typu „Teno” lub równoważny, na 2018 rok, jeden dzień na stronie. Format A5	szt.	20				
3.	Kalendarz typu „Teno” lub równoważny, na 2017 rok, jeden dzień na stronie. Format A4	szt.	2				
4.	Kalendarz typu „Teno” lub równoważny, na 2018 rok, jeden dzień na stronie. Format A4	szt.	2				
RAZEM						X	

*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/zadania nr 3 ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł:

Cena brutto /wartość/, zadania nr 3 ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z podatkiem VAT zł.

/słownie zł:.....

.....

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć Wykonawcy