

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