

Wykonawca: .....

.....

.....

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice  
tel./fax: (48) 38 28 773/ (48) 614 81 39

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**Zadanie nr 2 – Krwinki wzorcowe**

L. p.	Producent Nr kat.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. za op. netto zł., gr	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.		Krwinki wzorcowe grupa 0 Krwinki wzorcowe grupa A1 Krwinki wzorcowe grupa B	op.	150				
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>	

\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ Zadania nr 2**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.  
/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ Zadania nr 2**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.  
/słownie zł: .....

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy