

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 4 – Roztwór soli fizjologicznej buforowany (PBS)**

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.		PBS – Roztwór soli fizjologicznej 0,15 mol/l buforowany. Trwałość minimalna odczynnika od dnia dostawy 12 miesięcy.	op./5 litrów	<b>20</b>				
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>	

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

**Cena netto /wartość/ Zadania nr 4**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.

/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ Zadania nr 4**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.

/słownie zł: .....

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy