

Wykonawca: .....

.....

.....

tel./fax: .....

.....

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
**26-900 Kozienice**  
tel./fax: (48) 382 87 73/ (48) 614 81 39

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**Zadanie nr 2 – Papier toaletowy**

L. p.	Przedmiot zamówienia	Producent	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto zł, gr.*/	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.
1.	Papier toaletowy, mała rolka, ekologiczny, miękki, bezchlorowy, 100% makulatury lub równoważny		rolka/ 40 mb	<b>20 000</b>				
2.	Papier toaletowy do podajników MERIDA MINI śr. rolki 20 cm, śr tulei 6 cm. biały.		rolka/180 mb	<b>300</b>				
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>	

**\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty ponoszone przez Zamawiającego**

**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.....zł.**  
/słownie zł: ...../.

.....  
Miejscowość.....  
Data.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy