

Załącznik nr 2 do siwz

Wykonawca: .....  
.....  
.....  
tel./fax: .....

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
Ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice  
tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

Zadanie nr 3- Leki

Lp.	Nazwa handlowa i producent	Przedmiot zamówienia	Jednostka	J.m.	Ilość	Cena jedn. netto zł gr.*	Wartość netto zł gr.	VAT %	Wartość brutto zł gr.
1		Azithromycinum	tabl .500 mg x 3 szt	op	20				
2		Azithromycinum	100mg/5ml 20ml	op	24				
3		Azithromycinum (Azitrox Z)	200mg/5ml ;30ml	op.	20				
4		Cefoperazonum	fiol. 1 g	szt.	60				
5		Clarithromycinum	zaw. 250 g, 60 ml	szt.	60				
6		Clarithromycinum	500 mg x 14 tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu	op	50				
7		Clarithromycinum	tabl.250 mg x 14 szt.	op	20				
8		Clindamycinum	amp. 150 mg/ml; 4ml x 1 amp.	op.	60				
9		Gentamicinum	amp. 40 mg im. iv. x 10 szt.	op	12				
10		Gentamicinum	amp. 80 mg im. iv. x 10 szt.	op	120				
<b>RAZEM</b>									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi .....** :  
/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT .....**  
/słownie zł: .....