

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 11- 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		Acidum acetylosalicylicum	tabl. 75 mg x 60 szt.	op	500				
2		Alprostadilum VR	inj. 0,5 mg/ 1ml x 5 amp.	op	1				
3		Daltaparinum Natr.	2500 JM / 0,2 ml x 10	op.	5				
4		Daltaparinum Natr.	5000 JM / 0,2 ml x 10	op.	60				
5		Daltaparinum Natr.	7500 JM / 0,3 ml x 10	op.	5				
6		Daltaparinum Natr.	10000 JM / 1 ml x 10	op.	3				
7		Dinoprostionum żel dopochwowy	0.5 mg/3g	op	12				
8		Lincomycinum	amp. 300mg/ml;2ml	szt.	1200				
9		Methyloprednisolonum	inj. 0,5 g + rozp. 8 ml x 1 szt.	kpl	30				
10		Methyloprednisolonum	inj. 1g + rozp. 16 ml x 1szt.	kpl	80				
11		Piperacillinum+Tazobactamum z EDTA	fiol.inj.2g+0.25g (s.subst.) x 12 szt.	op	5				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł
/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł
/słownie zł: /.