

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 17- 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		Klarytromycynum	fiol. 500 mg	fiol	2 500				
<b>RAZEM</b>									

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 17**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi .....  
 /słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 17**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT .....  
 /słownie zł: .....

