

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 20- 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            |                            | Aciclovirum              | inj. 250 mg x 5 amp       | op.  | 20    |                          |                      |       |                       |
| 2            |                            | Gentamicinum             | maść do oczu 0,3 % 3 g    | op.  | 5     |                          |                      |       |                       |
| 3            |                            | Hydrocortisonum          | inj. 25 mg x 5 kpl        | op.  | 10    |                          |                      |       |                       |
| 4            |                            | Hydrocortisonum          | inj. 100 mg x 5 kpl       | op.  | 800   |                          |                      |       |                       |
| 5            |                            | Lidocaini hydrochlor.    | żel 2% A 30 g             | op.  | 150   |                          |                      |       |                       |
| 6            |                            | Lidocaini hydrochlor.    | żel 2% U 30 g             | op.  | 260   |                          |                      |       |                       |
| 7            |                            | Neomycinum               | maść do oczu 0,5 % 3 g    | op.  | 80    |                          |                      |       |                       |
| 8            |                            | Promazini hydrochlor.    | tabl. 25 mg x 60 szt.     | op.  | 40    |                          |                      |       |                       |
| 9            |                            | Promazini hydrochlor.    | tabl. 50 mg x 60 szt.     | op.  | 6     |                          |                      |       |                       |
| 10           |                            | Promethazini hydrochlor. | draż 10 mg x 20           | op.  | 6     |                          |                      |       |                       |
| 11           |                            | Promethazini hydrochlor. | draż 25 mg x 20           | op.  | 6     |                          |                      |       |                       |
| 12           |                            | Sulfathiazolum argentum  | krem 2% 40 g              | op.  | 120   |                          |                      |       |                       |
| 13           |                            | Sulfathiazolum argentum  | krem 2% 400 g             | op.  | 12    |                          |                      |       |                       |
| 14           |                            | Suxamethonii chloridum   | inj. 200 mg/2 ml x 10szt. | op.  | 60    |                          |                      |       |                       |
| <b>RAZEM</b> |                            |                          |                           |      |       |                          |                      |       |                       |

\*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł**  
/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł**  
/słownie zł: ..... /.