

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 23- 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		Cefuroximum bez ograniczeń wiekowych	fiol. 1,5 g do 30 ml	fiol.	14 000				
2		Cefuroximum bez ograniczeń wiekowych	fiol. 0,75g do 30 ml	fiol.	2 400				
3		Ceftazidimum stabilność roztworu w temp. 2-8 C do 24 godz.	fiol. 1 g	op	1 500				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 23, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł

/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 23, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł

/słownie zł: