

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 35- 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		Alteplasum	10 mg inj. i. v.	fiol	10				
2		Alteplasum	20 mg inj. i. v.	fiol	12				
3		Alteplasum	50 mg inj. i. v.	fiol	35				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 35, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł
/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 35, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł
/słownie zł:

