

Załącznik nr 2 do siwz

Wykonawca:

 tel./fax.:

Zamawiający: Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
 26-900 Kozienice
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10
 tel./fax.: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

Zadanie nr 37- 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		Dexamethasoni phosphas	inj. 4 mg/ 1 ml x 10 szt	op.	400				
2		Dexamethasoni phosphas	inj. 8 mg/ 1 ml x 10 szt.	op.	150				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 37, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi
 /słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 37, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT
 /słownie zł:

