

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	2500				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 16, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi..... zł
 /słownie zł:..... /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 16, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z %
 podatkiem VAT zł
 /słownie zł:..... /.