

Wykonawca:

.....

tel./fax:.....

Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
ul. Al. Wł. Sikorskiego 10

26-900 Kozienice

tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
Zadanie nr 1 – Leki

| L. p. | Nazwa handlowa | PRODUCENT | Przedmiot zamówienia | Jednostka | J.m. | Ilość | Cena jedn. netto zł gr. | Wartość netto zł gr. | VAT % | Wartość brutto zł gr. |
|--------------|----------------|-----------|----------------------|-------------|-------|-------|-------------------------|----------------------|-------|-----------------------|
| 1. | | | Immunoglobulinum | 3 lub 2,5 g | opak. | 10 | 780,00 | 7 800,00 | 8 | 8 424,00 |
| 2. | | | Immunoglobulinum | 6 g lub 5 g | opak. | 20 | 1 450,00 | 29 000,00 | 8 | 31 320,00 |
| RAZEM | | | | | | | | 36 800,00 | | 39 320,00 |

*/Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/zadania nr 1, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania nr 1, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z..... podatkiem VAT zł.

/słownie zł:

.....
Miejscowość.....
Data.....
Podpis i pieczęć wykonawcy