

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	3g lub 2,5g	op.	10				
2.			Immunoglobulinum	6g lub 5g	op.	20				
<b>RAZEM</b>										

\*/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