

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							
2.			Immunoglobulinum							
RAZEM										

*/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