

Załącznik nr 2 do siwz

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 1- 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		Iodixanolum 320	320mg J/ ml ;100 ml	szt.	200				
2		Iohexol	350mg J/ml; 100ml	szt.	500				
RAZEM									

*cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 1, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 1, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT

/słownie zł: /.