załącznik Nr 2 do siwz

Wykonawca: .....
.....
….....
.....

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
ul. Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel.:/fax: (48) 679 71 73/ (48) 679 59 30

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 7 – Szwy jednokierunkowe

L. p.	Nazwa handlowa	Nr katalogowy	Grubość nitki	Długość igły (mm)	Krzywizna igły	Przekrój igły	Długość nitki w cm	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto zł.,gr.*	Wartość netto zł.,gr.	VAT %	Wartość brutto zł.,gr.
1			3/0	26	½ koła	okrągła	23	**1op/ 12 sztuk**	**2**				
2			3/0	19	⅜ koła	kosmetyczna – odwrotnie tnąca	30	**1op/ 12 sztuk**	**2**				
RAZEM												**X**	

***/** Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.
/słownie zł: ..... /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.
/słownie zł: ...../

..... **.....** **….....**
Miejscowość **Data** **Podpis i pieczęć Wykonawcy**