Załącznik nr 2 do SWZ

Wykonawca:….....
….....
….....
tel./fax:….....

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
ul. Al.. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel./fax: (48) 697 72 00/ (48) 697 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		Acidum valproicum	400 mg/4ml . x 1 fiol.	op	**24**				
2		Acidum valproicum+Natrii valproas 300 (200+87mg)	tabl.powl.o przedłużonym uwalnianiu x30 szt.	op	**60**				
3		Acidum valproicum+Natrii valproas 500 (333+145mg)	tabl.powl.o przedłużonym uwalnianiu x30 szt.	op	**40**				
4		Adenosinum	inj. 6 mg/2ml x 6 fiol.	op	**8**				
5		Amiodaroni hydrochloridum	amp. 150 mg/3 ml x 6 szt.	op	**50**				
6		Clopidogrelum	75mg,tabl.28 szt	op	**40**				
7		Dikalii clorazepas	kaps. 5mg x 30 szt.	op	**30**				
8		Dikalii clorazepas	kaps.10mg x 30 szt.	op	**15**				
9		Dikalii clorazepas	20mg/2ml x 5 fiol.	op	**60**				
10		Glimepiridum	1mg x 30tabl.	op	**5**				
11		Glimepiridum	2mg x 30tabl.	op	**5**				
12		Glimepiridum	3mg x 30tabl.	op	**5**				
13		Glimepiridum	4mg x 30tabl.	op	**5**				
14		Insulin glargine Solo Star	inj.300j.m/3ml x 5 szt.	op	**5**				
15		Insulin glulisine Solo Star	inj.300j.m/3ml x 5 szt.	op	**5**				
16		Isosorbidi mononitras	tabl. 10mg x 60szt.	op	**5**				

17		Isosorbidi mononitras	tabl. 20 mg x 60 szt.	op	**6**				
18		Isosorbidi mononitras	tabl. 40 mg x 30 szt.	op	**5**				
19		Isosorbidi mononitras	tabl. 60 mg Retard x 30 szt.	op	**10**				
20		Isosorbidi mononitras	tabl. 100mgRetard x 30 szt.	op	**5**				
21		Phospholipidum essentiale Forte	300mg x50 kaps.	op	**5**				
22		Ramiprilum	tabl. 2.5 mg x 28 szt.	op	**40**				
23		Ramiprilum	tabl. 10 mg x 28 szt.	op	**45**				
24		Ramiprilum	tabl. 5 mg x 28 szt.	op	**50**				
25		Teicoplaninum	200 mg fiol.	op	**20**				
26		Teicoplaninum	400 mg fiol.	op	**15**				
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