

## Załącznik nr 4

Wykaz leków do pomocy doraźnej :

Lp.	Nazwa leku	Ilość leków planowana do zakupu	Cena netto za op .	Wartość netto	Wartość podatku Vat	Wartość brutto
1	Sylimarol 70mg x 30 tabl.	30 op.				
2	Raphacholin 30 tabl.	30 op.				
3	Krople nasercowe 35,0	50 op.				
4	Krople żołądkowe 35,0	80 op.				
5	Cardiol C krople 40,0	10 op.				
6	Validol tabl. 10 tabl.	30 op.				
7	Szczepionki p/grypie Vaxigrip	70 szt.				
8	Nifuraksazyd x 24 tabl.	40 op.				
9	Spirytus salicylowy 100,0	150 op.				
10	Mefacit tabl.30tabl.	60 op.				
11	Nerwosol krople 35,0	80 op.				
12	Polopiryna S tabl. 20 tabl.	60 op.				
13	Rivanol tabl.5 tabl.	30 op.				
14	Altacet tabl.1,0 x6tabl.	30 op.				
15	Altacet żel 75,0	50 op.				
16	Oxycort aerozol 55ml	60 op.				
17	Neomycyna aerozol 55ml	80 op.				
18	Woda utleniona 100,0	60 op.				
19	Alantan zasypka 100,0	100 op.				
20	Alantan maść 30,0	80 op.				
	<b>Wartość netto i brutto ogółem :</b>					

Pieczęć i podpis Wykonawcy zamówienia : .....

Miejscowość i data : .....