

## 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	30 op.				
4	Krople żołądkowe 35,0	50 op.				
5	Cardiol C krople 40,0	10 op.				
6	Validol tabl. 10 tabl.	10 op.				
7	Szczepionki p/grypie	70 szt.				
8	Nifuraksazyd x 24 tabl.	40 op.				
9	Spirytus salicylowy 100,0	60 op.				
10	Mefacit tabl.30tabl.	30 op.				
11	Nerwosol krople 35,0	60 op.				
12	Polopiryna S tabl. 20 tabl.	50 op.				
13	Alax tabl. x 20tabl.	15 op.				
14	Altacet tabl.1,0 x6tabl.	30 op.				
15	Altacet żel 75,0	30 op.				
16	Oxycort aerozol 55ml	30 op.				
17	Neomycyna aerozol 55ml	50 op.				
18	Woda utleniona 100,0	40 op.				
19	Alantan zasypka 100,0	40 op.				
20	Alantan maść 30,0	30 op.				
21	Ibuprofen tabl. x .10tabl.	30 op.				
22	Nurofen forte tabl x.12 tabl.	40 op.				
23	Pyralgina tabl.	15 op.				
24	No-spa tabl.10	10 op.				
	<b>Wartość netto i brutto ogółem :</b>					

Pieczęć i podpis Wykonawcy zamówienia : .....

Miejscowość i data : .....