Zamawiający :

**Samodzielny Publiczny Zespół**

**Opieki Zdrowotnej**

**w Kościanie**

**64-000 Kościan**

**Ul. Szpitalna 7**

Tel/fax 65525 0317/655120707

**UZUPEŁNIENIE ODPOWIEDZI DO III ZESTAW PYTAŃ**

**Do**

**zainteresowanych przetargiem**

**znak sprawy SPZOZ.EPII.23.22.2018**

Dotyczy: **DOSTAWY LEKÓW**

**Pakiet 24 poz 9**

Ilość zamawiana : - jest FF

- powinno być 60 op. X 250 ml

- lub zgodnie z udzieloną odpowiedzią 75 op x 2oo ml

**Zamawiający**

**…………………………………..**