

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

Samodzielny Publiczny Zespół  
 Zakładów Opieki Zdrowotnej  
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
 26-900 Kozienice  
 tel.fax: (48) 38 28 800/(48)614 81 39

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**zadanie Nr 15– Sprzęt medyczny jednorazowego użytku**

L.p.	Producent / Nr kat **/	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto zł gr. */	Wartość netto zł gr.	VAT %	Wartość brutto zł gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.		Jednorazowe wkłady do ssaka typu Medela, bez żelu, poj. 1,5 l	szt.	<b>240</b>					
2.		Filtr bakteryjny do ssaka typu Medela	szt.	<b>50</b>					
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>		<b>X</b>

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

\*\*/ Zamawiający dopuszcza zmianę producenta asortymentu przedstawionego w przedmiotowym załączniku pod warunkiem spełnienia przez Wykonawcę niżej określonych przesłanek:

- a) produkt nowego producenta musi posiadać co najmniej parametry określone w przedmiotowym załączniku,
- b) Wykonawca musi wystąpić z pismem informującym o zmianie producenta zaoferowanego asortymentu,
- c) Cena jednostkowa nowego asortymentu nie może być wyższa od ceny jednostkowa zaoferowanego asortymentu,
- d) Zmiana producenta nie wymaga formy aneksu.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 15** ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł.  
 (słownie zł: ..... ).

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 15**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT ..... zł.  
 (słownie zł: ..... ).

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy