

załącznik Nr 2 do siwz

Wykonawca: .....  
 .....  
 .....  
 .....

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 14 – 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.		Tubusy anoskopowe jednorazowego użytku 85 x 20 mm	szt.	<b>100</b>					
2.		Tubusy proktoskopowe jednorazowego użytku 130 x 20 mm	szt.	<b>200</b>					
3.		Tubusy sigmoidoskopowe jednorazowego użytku 250 x 20 mm	szt.	<b>100</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 14**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł.  
 (słownie zł: ..... ).

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 14**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT ..... zł.  
 (słownie zł: ..... ).

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy