

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 11 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku**

L.p.	Producent / Nr kat **/	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.		Podkładka do rurek tracheostomijnych- podkładka z włókniny niepylącej, czterowarstwowa z rozcięciem O na rurkę, sterylna. .Wymiary podkładki 7,5cm x 7,5cm.	szt	<b>1000</b>					
2		Opaska do rurek tracheostomijnych- opaska miękka wykonana z materiału nie powodującego podrażnień z możliwością regulacji długości, sterylna, jednorazowego użytku. Dla dorosłych.	szt	<b>150</b>					
<b>RAZEM</b>									<b>X</b>

Cena netto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.

/słownie zł: ..... /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 11, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.

/słownie zł: ..... /.

.....  
Miejscowość.....  
Data.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy