

Wykonawca:

.....

.....

.....

tel./fax:

**Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Kozienicach
ul. Al. gen. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie nr 5– Folia chirurgiczna**

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		Folia chirurgiczna wykonana z materiału przepuszczającego parę wodną, charakteryzująca się wysoką elastycznością o niskiej pamięci rozciągania zapewniającej dobre przyleganie do krawędzi rany o wymiarach: - całkowity rozmiar od 15 do 20 cm x od 20 do 30 cm, - powierzchnia przylepna od 10 do 15 cm x od 18 do 20 cm.	szt.	350					
2		Folia chirurgiczna wykonana z materiału przepuszczającego parę wodną, charakteryzująca się wysoką elastycznością o niskiej pamięci rozciągania zapewniającej dobre przyleganie do krawędzi rany o wymiarach: - całkowity rozmiar od 30 do 38 cm x od 25 do 30 cm, - powierzchnia przylepna od 28 do 30 cm x od 20 do 25 cm.	szt.	1000					
3		Folia chirurgiczna wykonana z materiału przepuszczającego parę wodną, charakteryzująca się wysoką elastycznością o niskiej pamięci rozciągania zapewniającej dobre przyleganie do krawędzi rany o wymiarach: - całkowity rozmiar od 45 do 60 cm x od 45 do 60 cm, - powierzchnia przylepna od 45 do 50 cm x od 45 do 50 cm.	szt.	2000					
RAZEM							X		X

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/ zadania Nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.
/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
/słownie zł:

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy