

Wykonawca:

 tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10
 26-900 Kozienice
 tel.fax: (48)679 72 00/(48)679 5930

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 8 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku

L.p.	Producent / Nr kat **/	Nazwa produktu na fakturze	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.			Jednorazowy układ pacjenta do aparatu do wspomagania oddechu VAPOTHERM	szt.	10					
2.			Jednorazowy nosek do układu pacjenta do aparatu do wspomagania oddechu VAPOTHERM	szt.	10					
			RAZEM					X		X

*/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 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.(słownie
 zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
 (słownie zł:).

.....
 Miejscowość

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć Wykonawcy