

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

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
 Opieki Zdrowotnej w Koźlenicach  
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Koźlenice  
 tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

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

L.p.	Produce nt/ Nr kat **/	Nazwa produktu na fakturze	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.			Pojemnik na igły i odpady medyczne- pojemność 0,7l. Odporny na przekłucia, z etykietą do opisu. Kolor czerwony z czerwoną pokrywą. Wysokość 120 mm, średnica góra/dół, owal 100/95 mm, Posiada atest PZH	szt	1200					
2.			Pojemnik na igły i odpady medyczne- pojemność 1,0 l. Odporny na przekłucia, z etykietą do opisu. Kolor czerwony z czerwoną pokrywą. Wysokość 120 mm, średnica góra/dół, owal 120/110 mm, Posiada atest PZH	szt	12000					
4.			Pojemnik na igły i odpady medyczne- pojemność 5,0 l. Odporny na przekłucia, z etykietą do opisu. Kolor czerwony z czerwoną pokrywą. Wysokość 190 mm, średnica górna/dół, owal 230/200 mm, Posiada atest PZH	szt	2000					
6.			Pojemnik na igły i odpady medyczne- pojemność 10,0 l. Odporny na przekłucia, z etykietą do opisu. Kolor czerwony z czerwoną pokrywą. Wysokość 245 mm, średnica górna/dół, owal 280/235 mm, Posiada atest PZH	szt	150*					
			<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:

- produkt nowego producenta musi posiadać co najmniej parametry określone w przedmiotowym załączniku,
- Wykonawca musi wystąpić z pismem informującym o zmianie producenta zaoferowanego asortymentu,
- Cena jednostkowa nowego asortymentu nie może być wyższa od ceny jednostkowa zaoferowanego asortymentu,
- 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 ..... % podatkiem VAT ..... zł.  
/słownie zł: ..... /.