

Wykonawca:

.....

.....

tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów

Opieki Zdrowotnej w Kozienicach

ul. Al. Wł. Sikorskiego 10

26-900 Kozienice

tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
Zadanie nr 4 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku

L. p.	Produce nt / Nr kat **/	Nazwa produktu na fakturze	Przedmiot zamówienia	Jednostk a 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.			Butelka 100 ml zapakowane pojedynczo w woreczki sterylne, jednorazowe	szt.	100					
2			Strzykawki do zbioru siary 1 ml z nakładką , pakowane sterylnie po 1 szt,	szt.	100					
3			Smoczek wolny od lateksu, sterylny, rozmiar standard dla noworodka, uniwersalny pasuje do wszystkich typów butelek z wąską szyjką,	szt.	100					
			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 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.

/słownie zł: /.

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