

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 59 30

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
**zadanie Nr 6– 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.			Jednorazowe maski na otwory drzwiczek inkubatora Air-Shields	szt.	<b>10</b>					
2.			Jednorazowy rękaw otworu inkubatora Air-Shields	szt.	<b>10</b>					
3.			Filtr do inkubatora Air-Shields	szt.	<b>2</b>					
<b>RAZEM</b>								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:

- 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 jednostkowej zaoferowanego asortymentu,
- Zmiana producenta nie wymaga formy aneksu.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł.  
 (słownie zł: .....).

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT ..... zł.  
 (słownie zł: .....).

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy