

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 5 – 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.			Zbiornik ssaka jednorazowego użytku, poj 40 ml do stołu do resuscytacji noworodka „Resusciyaire”	szt.	50					
2.			Układ oddechowy jednorazowego użytku do stołu do resuscytacji noworodka „Resusciyaire”	szt.	25					
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:

- 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 5 ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
(słownie zł:).

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

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