

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 7 – 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 | | 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 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
 (słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 7, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
 (słownie zł:).

.....
 Miejscowość

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć Wykonawcy