

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 8 - Implanty rekonstrukcyjne – gwoździe odpiętowe

L. p.	Producent	Nr kat.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto*/ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.
1			Gwóźdź odpiętowy DO ZŁAMAŃ kaniulowany, posiadający 2 otwory na śruby, wykonany ze stopu tytanu w wersji do złamań kości piętowej .Gwóźdź o średnicy 10mm w rozmiarach 45, 50 i 55 mm .Instrumentarium umożliwiające dystrakcję odłamów kostnych. W zestawie śruby kaniulowane 5mm w długościach od 24-40 mm rosnąco co 2 mm. Każdy implant sterylny i pakowany osobno. Komplet: 1 gwóźdź + 2 śruby	kpl	40				
2			Gwóźdź odpiętowy DO ARTRODEZY kaniulowany, posiadający 3 otwory na śruby, wykonany ze stopu tytanu, w wersji do artrodezy kości piętowej. Gwóźdź o średnicy 12mm i długości 65,75 i 85 mm. Instrumentarium umożliwiające dystrakcję odłamów kostnych. W zestawie śruby kaniulowane 5mm w długościach od 24-40 mm rosnąco co 2 mm. Każdy implant sterylny i pakowany osobno. Komplet: lub 1 gwóźdź + 3 śruby	kpl	10				
RAZEM								X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/zadania nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi **zł.**
/słownie zł:,

Cena brutto /wartość/ zadania nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z% podatkiem VAT **zł.**
/słownie zł:,

L. p.	Przedmiot zamówienia	Jednostka/ Wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić
1.	Użyczenie instrumentarium do wykonywania planowych zabiegów kostnych	Tak	X	
2.	Użyczenie instrumentarium koniecznego przy zabiegach nagłych i niezaplanowanych	Tak	X	
3.	Bezpłatne szkolenie personelu medycznego Zamawiającego w zakresie obsługi dostarczonego instrumentarium i implantów	Tak	X	
4.	Bezpłatny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego instrumentarium medycznego	Tak	X	

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
podpis i pieczęć Wykonawcy