

załącznik Nr 2 do siwz

Wykonawca:.....

.....
.....
.....Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Al. Gen. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel/fax: 614-82-34, 614-81-39PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 4 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku

L. p.	Producent / Nr kat **/	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.		Elektroda do czasowej stymulacji serca długość całkowita 125 cm, rozmiar F7, typ końca dystalnego zagięty	szt.	50					
2.		Elektroda do czasowej stymulacji serca, długość całkowita 125 cm, rozmiar F7, typ końca dystalnego prosty	szt.	12					
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 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
(słownie zł:).Cena brutto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
(słownie zł:)......
Miejscowość.....
Data.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy