

Wykonawca: .....

.....

.....

.....

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
w Kozienicach  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
26 - 900 Kozienice

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)**  
zadanie Nr 3 – Szew wchłaniający o długim okresie

L. p.	Nazwa handlowa	Nr katalogowy	Grubość nitki	Długość igły (mm)	Krzywizna igły	Przekrój igły	Długość nitki w cm	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto zł., gr	Wartość netto zł., gr	VAT %	Wartość brutto zł., gr
<b>Szew wchłaniający w okresie 180 – 210 dni, monofilamentowy, podtrzymywanie tkankowe 28 – 35 dni ok. 50% Podwójna sterylna saszetka</b>													
1			1	48	½ koła	okragła	150 pętla	saszetka	300				
2			0	40	½ koła	okragła pogrubiona	150 pętla	saszetka	300				
3			1	40	½ koła	okragła pogrubiona	150 pętla	saszetka	300				
4			0	48	½ koła	okragła	150 pętla	saszetka	300				
5			3/0	26	½ koła	okragła	70	saszetka	300				
<b>Szew wchłaniający w okresie 13 miesięcy, monofilamentowy, podtrzymywanie tkankowe 84 dni - ok. 60 %</b>													
6			2/0	26	½ koła	okragła	70	saszetka	400				
7			2/0	37	½ koła	okragła	70	saszetka	300				
8			0	37	½ koła	okragła	90	saszetka	300				
9			0	40	½ koła	okragła pogrubiona	150 pętla	saszetka	200				
10			1	40	½ koła	okragła pogrubiona	150 pętla	saszetka	200				
11			0	48	½ koła	okragła	150 pętla	saszetka	150				
12			1	48	½ koła	okragła	150 pętla	saszetka	150				
13			0	65	½ koła	okragła	150 pętla	saszetka	200				

14			1	65	½ koła	okrągła	150 pętla	saszetka	300					
15			3/0	26	½ koła	okrągła	70	saszetka	200					
<b>RAZEM</b>													<b>X</b>	

\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Zastrzeżenie zamawiającego:**

**Wykonawca zobowiązany jest do użyczenia zamawiającemu, na czas trwania umowy, szafki na opakowania z materiałami szewnymi w ilości 1 sztuki o 10 półkach. Szafka musi być kompatybilna z zaoferowanymi materiałami szewnymi.**

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.**

/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 3, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.**

/słownie zł: .....

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy