

Wykonawca: .....

.....

.....

fax./tel:.....

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Koźlenicach  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Koźlenice  
tel./fax: (48) 382 87 73/ (48) 614 81 39

## PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)

## zadanie Nr 6 – Chusteczki nasączone preparatem dezynfekcyjnym o działaniu sporobójczym

| L. p.        | Przedmiot zamówienia   | Wielkość opakowania/<br>J. m.         | Ilość opakowań | Cena jedn. opakowania netto<br>zł, gr, | Wartość netto<br>zł, gr. | VAT % | Wartość brutto<br>zł, gr | Nazwa proponowanego preparatu.<br>Producent |
|--------------|--|---------------------------------------|----------------|--|--------------------------|-------|--------------------------|---|
| 1.           | Chusteczki nasączone preparatem dezynfekcyjnym zawierającym w składzie między innymi poliaminy, tenzydy, aminoetanol, do dezynfekcji sprzętu medycznego oraz małych powierzchni, w tym zanieczyszczonych materiałem biologicznym, nasączone preparatem dezynfekcyjnym zawierającym w składzie między innymi poliaminy, tenzydy, aminoetanol. Spektrum działania: B ( w tym Tbc), F,V (HBV, HCV,HIV, Polio, Adeno), S (Clostridium difficile, Clostridium perfringens), w czasie do 5 minut. Możliwość dezynfekcji w obecności pacjentów, również w oddziale pediatrycznym i neonatologicznym. Wyrób medyczny | opakowanie 200 – 250 sztuk chusteczek | 10             |  |                          |       |                          |   |
|              |  | opakowanie 400 - 500 sztuk chusteczek | 60             |  |                          |       |                          |   |
| <b>RAZEM</b> |  |                                       |                |  |                          |       | <b>X</b>                 | <b>X</b>                                    |

\*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: ..... zł  
/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 6**, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem.....zł.  
/słownie zł: .....

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