

Wykonawca.....

 tel./ fax.

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
 26 – 900 Kozienice
 tel./fax: (48) 38 28 800/ (48) 614 81 39

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie nr 4 – Proteza stawu śródstopno – paliczkowego

L. p.	Producent Nr kat.	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/jedno opakowanie)
1		Silikonowa jednoczęściowa proteza stawu śródstopno-paliczkowego. Dostępne protezy do pierwszego stawu śródstopno-paliczkowego w minimum 4 rozmiarach i mniejszych stawów śródstopno-paliczkowych w min. 4 rozmiarach. Proteza posiada wcięcia w miejscu zgięcia w części grzbietowej i podeszwowej. Kile protezy tempo zakończone. W zestawie instrumentarium wymagane przymiary do resekcji powierzchni stawowych.	szt.	2					
2		Osłonki na druty Kirchnera sterylne	op/2szt	25					
3		Syntetyczny substytut kości składający się z trójfosforanu wapnia w postaci kostki 10x10x10 pakowany sterylnie po 1 szt	szt	5					
RAZEM							x		x

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

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 % 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