

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 10 – Wkręty do kości gąbczastej**

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		Wkręt do kości gąbczastej samogwintujący średnica 6,5mm, z gwintem 16mm, gniazdo heksagonalne, długość L=30-140mm	szt	30					
2		Wkręt do kości gąbczastej samogwintujący średnica 6,5mm, z gwintem 22, 27, 32mm, gniazdo heksagonalne, długość L=32-140mm	szt	30					
RAZEM							x		x

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/ zadania Nr 10, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.
 /słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 10, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
 /słownie zł:

.....
 Miejscowość

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć Wykonawcy