

Wykonawca .....

.....

.....

.....

**Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice  
tel./fax: (48) 382 88 00/ (48) 614 81 39**

**Przedmiot Zamówienia (UMOWY)**  
**zadanie Nr 5 - Rękawice diagnostyczne nitylowe niesterylne, bezpudrowe**

L. p.	Opis przedmiotu zamówienia	Producent	Jednostka miary	Ilość	Cena jedn. netto zł.,gr.*/	Wartość netto zł.,gr.	VAT %	Wartość brutto zł.,gr.
1	<b>Rękawice diagnostyczne nitylowe, - niesterylne, bezpudrowe</b> , długość min. 305 mm, +/- 1 mm AQL min. 1.5 ,oraz posiadające według PN EN-374 lub ASTM F1671 barierę przed krwiopochodnymi patogenami, Wymagania dodatkowe dla zabezpieczenia personelu z normy EN 374-3 dla isopropanol 70% - czas przebicia rękawicy powyżej 53 minuty, roz. XS, S, M, L, XL. Wymagane jest aby na opakowaniu jednostkowym oraz zbiorczym występował numer identyfikacyjny (referencyjny, katalogowy) wyrobu medycznego oraz LOT w celu prawidłowej weryfikacji dostaw lub reklamacji (wystąpienia incydentu medycznego).		szt	5 000				
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>	

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

1.Grubość rękawiczki- 0,15mm ( palce), 0,12mm (dłoń), 0,10 mm (mankiet) – równa lub poniżej	2 punkty	powyżej 0 punktów.
2.Siła zrywania rękawiczki przed starzeniem – powyżej 11,9N	2 punkty	poniżej 0 punktów.
3.Siła zrywania rękawiczki po starzeniem – powyżej 10,9 N	2 punkty	poniżej 0 punktów.
4.Rozciągliwość – powyżej 530%	2 punkty	poniżej 0 punktów.
5. Czas przebicia rękawicy według EN – PN 374-3 dla Formaliny 10% powyżej 239 minut	2 punkty	poniżej 0 punktów.

W celu potwierdzenia zgodności z normą EN – PN 455-1,2,4 (minimalne wymagania dla normy) dołączyć badania producenta lub niezależnego laboratorium.

W celu potwierdzenia zgodności z normą EN – PN 374-3 dołączyć badania niezależnego laboratorium lub jednostki notyfikowanej.

W celu potwierdzenia parametrów do oceny jakościowej dołączyć badania producenta lub niezależnego laboratorium.

**Cena netto /wartość zadania Nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi** ..... zł.  
/słownie zł: .....

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... podatkiem VAT** ..... zł.  
/słownie zł: .....

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Wykonawcy