

Wykonawca: .....  
 .....  
 .....  
 tel./fax: .....

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
 Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10  
26-900 Kozienice  
 tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ( UMOWY )**  
**Zadanie Nr 20 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku**

L. p.	Producent / Nr kat **/	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto zł gr. */	Wartość netto zł gr.	VAT %	Wartość brutto zł gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1		Wkład workowy MONOKIT do pojemników wielorazowego użytku 2L mocowanym na ssaku elektrycznym Victoria Versa	szt.	300					
2		Filtr antybakteryjny jednorazowy do ssaka medycznego typu F-30XX Fazini lub równoważny	szt	100					
<b>RAZEM</b>							<b>X</b>		<b>X</b>

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

\*\*/ Zamawiający dopuszcza zmianę producenta asortymentu przedstawionego w przedmiotowym załączniku pod warunkiem spełnienia przez Wykonawcę niżej określonych przesłanek:

- a) produkt nowego producenta musi posiadać co najmniej parametry określone w przedmiotowym załączniku,
- b) Wykonawca musi wystąpić z pismem informującym o zmianie producenta zaoferowanego asortymentu,
- c) Cena jednostkowa nowego asortymentu nie może być wyższa od ceny jednostkowa zaoferowanego asortymentu,
- d) Zmiana producenta nie wymaga formy aneksu.

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.**

/słownie zł: ..... /.

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.**

/słownie zł: ..... /.

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy