

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

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

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ( UMOWY )**  
**zadanie Nr 25– 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.		Jednorazowe mankiety na otwory drzwiczek inkubatora Air-Shields	szt.	<b>10</b>					
2.		Jednorazowy rękaw otworu inkubatora Air-Shields	szt.	<b>10</b>					
3.		Filtr do inkubatora Air-Shields	szt.	<b>2</b>					
<b>RAZEM</b>							X		X

\*/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:

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

**Cena netto /wartość/ zadania Nr 25, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi:** ..... zł.  
 (słownie zł: .....).

**Cena brutto /wartość/ zadania Nr 25, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z ..... % pod. VAT** ..... zł.  
 (słownie zł: .....).

.....  
 Miejscowość

.....  
 Data

.....  
 Podpis i pieczęć Wykonawcy