

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 8 – 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 wkłady do ssaka typu Medela, bez żelu, poj. 1,5 l	szt.	240					
2.		Filtr bakteryjny do ssaka typu Basic Medela	szt.	50					
RAZEM							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:

- 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 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.
 /słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 8, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
 /słownie zł:

.....
 Miejscowość

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć Wykonawcy