

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 24 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku

L.p.	Producent / Nr kat **/	Nazwa produktu na fakturze	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkow a netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.			Prowadnica do biopsji stercza do aparatu USG typ LOGIQ 220 PRO współpracująca z głowicami GE Healthcare's E72, E71, E8C-RS, E8CS, IC5-9-D, IC5-9H,, MTZ i MZ.	szt	80					
2			Igła do biopsji stercza do pistoletu typ PRO-MAG Tm ULTRA, igła 18 ga x 20 cm	szt	80					
3			Igła do nefrostomii dwuczęściowa do zab. PCNL 18G x 20 cm	szt	30					
4			Prowadnica do punkcji torbieli i przetok nerkowych do aparatu USG typ LOGIQ 220 PRO, w skład zestawu wchodzi: prowadniczki, żel, osłona na głowicę aparatu	szt	30					
5			Drut czarny hydrofilny do zab. URS z miękką końcówką śred. 0,35"/150 cm	szt	60					
6			Prowadnica do nefrostomii dług 70 cm z miękką końcówką zagięta długości 3 cm do zabiegów PCNL	szt	80					
								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 24, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 24, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.

/słownie zł: /.

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć Wykonawcy

.....

.....

.....