

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 19 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku**

L.p.	Producent/ Nr kat **/	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1.		Pojemnik z wodą typu RespiFlo o pojemności 500ml, z wodą sterylną do zimnego i ciepłego nawilżania, w zestawie certyfikat producenta na okres wykorzystania wody na min. 70 dni do wielu pacjentów.	szt	100					
2.		Zestaw jednorazowych filtrów kompatybilnych z respiratorem Puritan Bennett 840. W skład zestawu wchodzi filtr wdechowy mechaniczny bez wymiennika ciepła i wilgoci, oraz filtr wydechowy z pułapką wodną	kpl	10					
<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 19, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.

/słownie zł: ..... /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 19, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.

/słownie zł: ..... /.

.....  
Miejscowość                      Data                      Podpis i pieczęć Wykonawcy