

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 12 – Sprzęt medyczny jednorazowego użytku

L. p.	Producent / Nr kat **/	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Ilość	Cena jednostkowa netto */ zł, gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.	Minimalna ilość sztuk w opakowaniu (ilość/ jedno opakowanie)
1		Aluminiowy płaszcz jednorazowy, sterylny do płukania optyk nr.0 st. o długości 150 mm	szt.	180					
2		Aluminiowy płaszcz jednorazowy, sterylny do płukania optyk nr.30 st. o długości 150 mm	szt.	180					
3		Aluminiowy płaszcz jednorazowy, sterylny do płukania optyk nr.45 st. o długości 150 mm	szt.	180					
4		Zestaw drenów jednorazowych do płaszczy płuczących optykę, dren kompatybilny z płaszczami	szt.	180					
4		Dren ssąco-płuczący zakładany na tył rękojeści z zintegrowanym mechanizmem obrotowym ostrza, sterylny, jednorazowy	szt.	180					
6		Ostrze shavera, typu A, proste agresywne z jednym zębem, śr 4 mm, jednorazowe sterylne	szt.	180					
7		Ostrze shavera ząbkowane, z energią bipolarną na końcówce dystalnej, z dystalnym ssaniem, proste śr 4 mm, jednorazowe sterylne	szt.	180					
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:

- 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 12, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 12, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
/słownie zł: /.

.....
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Wykonawcy