

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 9– 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.		Elektrody do defibrylacji, kompatybilne z defibrylatorami Philips XL, MRx, Efficia, kompatybilne z kablem połączeniowym M3508A lub jego odpowiednikiem. Powierzchnia elektrody 75 cm ² , długość kabla 120 cm, czas przez jaki elektroda może pozostać na skórze pacjenta to 24 godziny, elektroda przeznaczona do maksymalnie 50 wyładowań.	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 9, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł.
(słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 9, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi, z % pod. VAT zł.
(słownie zł:).

.....
Miejscowość.....
Data.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy