

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 2 - 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 op)
1.		Worek do zbiórki stolca z przylepcem wykonanym z hydrokoloidu, obramowany materiałem. Worek zwężony ku dołowi, z portem do opróżniania i z filtrem o pojemności 1 litra, pakowany pojedynczo.	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 2, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.

/słownie zł: /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 2, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.

/słownie zł: /.

.....
 Miejscowość

.....
 Data

.....
 Podpis i pieczęć Wykonawcy