

Wykonawca: .....

.....

.....

tel./fax.: .....

Samodzielny Publiczny Zespół  
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach  
Al. Wł. Sikorskiego 10  
**26-900 Kozienice**  
tel./fax: (48) 679 72 00/ (48) 679 59 30

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ( UMOWY )**  
**Zadanie Nr 1 – ODZIEŻ OCHRONNA I ZABEZPIECZAJĄCA**

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.		Czepek chirurgiczny jednorazowy-bufiasty (damski), ściągany lekką nie uciskającą gumką, z włókniny polipropylenowej.	szt	10 000					
2.		Fartuch chirurgiczny jednorazowy, z włókniny polipropylenowej, bez mankietów. Rozmiar: <b>L-XXL</b> .	szt	15 000					
3.		Fartuch przedni wykonany z cienkiej folii, rozmiar uniwersalny, nieprzemakalny, chroni przed zamoczeniem przednią część tułowia.	szt	15 000					
	<b>RAZEM</b>	<b>X</b>		<b>X</b>					

\*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe

Cena netto /wartość/ zadania Nr 1 ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.  
/słownie zł: .....

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 1 ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.  
/słownie zł: .....

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