

Wykonawca:

 fax./tel:.....

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
 tel./fax: 48) 67 97 200/ (48) 67 95 930

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 4 – Preparaty do ran

L. p.	Przedmiot zamówienia	Wielkość opakowania/ J. m.	Ilość opakowań	Cena jedn. opakowania netto zł, gr,	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr	Nazwa proponowanego preparatu. Producent
1.	Preparat do dezynfekcji ran. Na bazie octenidyny. Bez zawartości jodu, chlorheksydy i betainy. Bezbarwny. Spektrum działania: B (łącznie z MRSA, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis), F, drożdżaki, pierwotniaki (łącznie z Trichomonas vaginalis), V (HIV, HBV, HCV, Herpes simplex) w czasie do 1 minuty. Możliwość zastosowania przy cewnikowaniach. Możliwość stosowania u dzieci i wcześniaków. Produkt leczniczy.	250 ml	100					
		1 L	700					
2.	Preparat w postaci żelu do nawilżania i oczyszczania ran (tkanki martwicze, biofilm bakteryjny). Gotowy do użycia. Na bazie octenidyny. Bez betainy, alkoholu, środków konserwujących. Bezbarwny, bezwonny. Absorbujący wysięk z rany, regulujący bilans wilgoci w ranie i pochłaniający przykre zapachy. Możliwość stosowania pod wszelkiego rodzaju dostępne opatrunki. Utrzymywanie w ranie do 5 dni. Wyrób medyczny.	20 ml	10					
3	Preparat w postaci płynu do oczyszczenia, dekontaminacji i nawilżania ran. Zawierający octenidynę. Bez betainy, alkoholu, środków konserwujących. Bezbarwny, bez zapachu. Usuwający skutecznie biofilm bakteryjny. Wyrób medyczny.	350 ml	25					
RAZEM						X		X

*Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi: zł

/słownie zł:

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem.....zł.

/słownie zł:

.....

Miejscowość

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Wykonawcy