załącznik Nr 2 do siwz

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 20 – 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		Wkład workowy MONOKIT do pojemników wielorazowego użytku 2L mocowanym na ssaku elektrycznym Victoria Versa	szt.	300					
2		Filtr antybakteryjny jednorazowy do ssaka medycznego typu F-30XX Fazini.	szt	100					
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 formy aneksu.

Cena netto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi ..... zł.
/słownie zł: ..... /.

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 20, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z ..... % podatkiem VAT ..... zł.
/słownie zł: ..... /.

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