

Wykonawca: .....  
 .....  
 .....  
 tel./fax: .....

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 (UWOWY)**  
**zadanie Nr 1 – Pojemniki diagnostyczne**

L. p.	Producent, Nr katalogowy	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jedn. netto zł, gr.*/	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł, gr.	Proponowany rozmiar i wielkość op.
1.		Pojemnik do transportu płynów ustrojowych, z polipropylenu, poj. <b>20-30 ml, sterylny</b> z zakręcaną szczelnie pokrywką, pojedynczo pakowane, oznakowane zgodnie z przepisami – termin ważności.	szt.	<b>5 000</b>					
2.		Pojemnik z żółtą nakrętką, ze zmodyfikowanego PE, o poj. użytkowej do 50 ml i całkowitej 60ml, o czystości laboratoryjnej	szt.	<b>70 000</b>					
3.		Pojemnik do transportu i przechowywania kału, z łopatką, z polipropylenu o poj. <b>30 ml, niesterylny</b> , z zakręcaną szczelnie pokrywką.	szt.	<b>14 000</b>					
4.		Słój szklany z pokrywą o pojemności 2000 ml na mocz lub równoważny.	szt.	<b>250</b>					
5.		Płyty z tworzywa białego. Jednorazowe płyty do oznaczania grup krwi i serologii na 60 testów (5x12 celek)	szt.	<b>1000</b>					
6.		Pojemniki z czerwoną nakrętką ze zmodyfikowanego PE, o poj. użytkowej 50 ml i całkowitej 60 ml, sterylizowane radiacyjnie (Sterylnie R)	szt.	<b>5 000</b>					
<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 .....% pod. VAT ..... zł.  
(słownie zł .....).

.....  
Miejscowość                      Data                      Podpis i pieczęć Wykonawcy