**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego BOSCAROL®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Kanister OB-J (albo równoważny), wielorazowy;** **o pojemności 1 L**, **z naniesioną skalą objętości płynu** w formie podziałki: a) oznaczenie minimum co 100 ml, b) przedział 0 ml – 1000 ml; wykonany z przezroczystego tworzywa sztucznego, odpornego na dezynfekcję i autoklawowanie oraz uszkodzenia mechaniczne; z wbudowanym złączem „L”; **kompatybilny z wkładami jednorazowego użytku;** korpus główny w kształcie walca o Ø podstawy 8,7 cm; **do ssaków Boscarol® OB1000.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Wkład workowy, jednorazowy; posiadający funkcję samo zasysania i uszczelniania po uruchomieniu ssania**; wykonany z wysoko zagęszczonego polietylenu; wyposażony w filtr antybakteryjny i hydrofobowy **zabezpieczający źródło ssania przed zalaniem** (odcięcie ssania po napełnieniu wkładu); wyposażony w zintegrowaną pokrywę z 2 portami (w formie krućców) oraz ich zatyczkami: a) pacjent b) próżnia; wyposażony w uchwyt do demontażu wkładu; **kompatybilny z kanistrami typu BOSCAROL® OB-J.** | **sztuka** | **200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **XX** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 2. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego BRAUN® HILLROM**™

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Osłonka typu kapturek na czujnik pomiaru temperatury; jednorazowa;** wykonana z przezroczystego tworzywa sztucznego; opakowanie 20 sztuk, **do termometrów dousznych BRAUN® HILLROM**™ **ThermoScan® Pro 4000 i BRAUN® HILLROM**™ **ThermoScan® Pro 6000.** | **opakowanie** | **1200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 3. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego FERNO®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Komplet 4 pasów; wielorazowych; dwuczęściowych,** z szybkozłączami metalowymi łączącymi dwie części; mocowane do deski za pomocą metalowych karabińczyków; każdy pas w innym kolorze; z regulacją długości pasa poprzez ściągacz; długość pasa minimalna 50 cm maksymalna 180 cm; szerokość pasa ~ 5 cm; **do desek ortopedycznych FERNO® Millennia.** | **komplet** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Kompletny stabilizator głowy; wielorazowy;** wyposażony w podkłądkę do oparcia potylicy (mocowane do deski za pomocą 3 pasków na rzepy), 2 boczne klocki stabilizujące z otworami do rewizji uszu (mocowane do podkładki na rzep), 2 paski do stabilizacji czoła i brody (mocowane na rzepy); wykonane z materiału umożliwiającego zmywanie i dezynfekcje; **dla pacjenta dorosłego; do desek ortopedycznych FERNO® Millennia.** | **komplet** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Komplet 3 pasów; wielorazowych; dwuczęściowych;** z szybkozłączami łączącymi dwie części; wszystkie pasy w jednym kolorze; z regulacją długości pasa poprzez ściągacz; długość pasa minimalna 30 cm maksymalna 180 cm; szerokość pasa ~ 5 cm; **do krzesełek transportowych FERNO® S-242.** | **komplet** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Poszycie składające się z siedziska i oparcia; wielorazowe;** kolor pomarańczowy; wykonane z łatwo zmywalnego materiału nylonowego, pokrytego winylem; **do krzesełek transportowych FERNO® S-242.** | **komplet** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Materac próżniowy z pompką wielorazowego użytku** : kolor pomarańczowy lub inny zbliżony dopuszczony dwukolorowy inne kolory zewnętrzna i wewnątrz , wykonany z tworzywa odpornego na przetarcia zarysowania i łatwo zmywalnego , odpornego na środki dezynfekujące, wyposażony w uchwyty ułatwiające transport , po 4 na każdej ze stron , oraz wyposażony w pasy 4 z klamrami plastikowymi szybko złączki 4 szt przymocowane na stałe do materaca , oraz wyposażony z zawór bezpieczeństwa dwustronny umożliwiający szybkie napełnienie powietrzem oraz wypuszczenie powietrza , okres gwarancji min.2 lata od daty zakupu | **sztuka** | **3** | Producent:……………………………Nr katalogowy:……………………………… |  |  |  |  |  |
| 6. | **Deska ortopedyczna pediatryczna typ Pedi Pac**; wykonana z tworzywa łatwo zmywalnego odpornego na przetarcia i szorowanie oraz środki dezynfekcyjne wyposażona w system unieruchamiający i stabilizujący głowę oraz pasy kolorowe w ilości 4 na stałe przymocowanych do deski z klamrami plastikowymi typu szybko złącze. Wymiary min.120 +\_ 2cm wyposażona w uchwyty ułatwiające transport oraz torba transportowa do deski, okres gwarancji min.2 lata od daty zakupu | **sztuka** | **2** | Producent………………………….Nr katalogowy………………………. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 4. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego MASIMO®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Adapter do układu oddechowego pacjenta,** **jednorazowy;** o kształcie eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania elementu w urządzeniu; **dla pacjenta dorosłego i pediatrycznego** **> 1 roku życia; do kapnometrów MASIMO® Emma.** | **sztuka** |  **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Adapter do układu oddechowego pacjenta,** **jednorazowy;** o kształcie eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania elementu w urządzeniu; **dla pacjenta pediatrycznego** **< 1 roku życia; do kapnometrów MASIMO® Emma.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 5. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego NONIN®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Adapter do układu oddechowego pacjenta,** **jednorazowy,** o kształcie eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania elementu w urządzeniu; **dla pacjenta dorosłego i pediatrycznego; do pulsoksymetrów/kapnometrów NONIN® serii 9840.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Sensor do pomiaru EtCO2** w układzie oddechowym pacjenta; **wielorazowy;** ze zintegrowanym przewodem; **do pulsoksymetrów/kapnometrów NONIN® serii 9840.** | **sztuka** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Sensor do pomiaru SpO2, miękki, wielorazowy,** **dla pacjenta dorosłego** (obwód palca 12,5 mm – 25,5 mm);wyposażony w technologię PureLigh™ i PureSAT™ (albo równoważne); ze zintegrowanym przewodem o długości 1 m; **do pulsoksymetrów NONIN® serii 8500.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3.3 | **3.Sensor do pomiaru SpO2, miękki, wielorazowy,** **dla pacjenta pediatrycznego** (obwód palca 10 mm – 19 mm); wyposażony w technologię PureLigh™ i PureSAT (albo równoważne); ze zintegrowanym przewodem o długości 1 m; **do pulsoksymetrów NONIN® serii 8500.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Sensor do pomiaru SpO2, miękki, wielorazowy,** **dla niemowląt** (obwód palca 7,5 mm – 12,5 mm); wyposażony w technologię PureLigh™ i PureSAT™ (albo równoważne); ze zintegrowanym przewodem o długości 1 m; **do pulsoksymetrów NONIN® serii 8500.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Sensor do pomiaru SpO2, w formie opaski na tkaninie samoprzylepnej; jednorazowy;** **dla pacjentów neonatologicznych**; wyposażony w technologię PureLigh™ i PureSAT™ (albo równoważne); ze zintegrowanym przewodem o długości 1 m; **do pulsoksymetrów NONIN® serii 8500.** | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Pokrowiec** wykonany z trwałego i odpornego na uszkodzenia mechaniczne materiału; **2 komory zapinane na zamek błyskawiczny**:a) na urządzenie, z przezroczystą ścianką umożliwiającą podgląd parametrów i obsługę urządzenia, b) z 2 kieszonkami na sensory; wymiary zewnętrzne ~ 10 cm x 20 cm; **do pulsoksymetrów NONIN® serii 8500.** | **sztuka** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 6. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego SMITHS MEDICAL®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Obwód oddechowy pacjent – respirator, jednorazowy; jednoramienny;** wyposażony w zastawkę PEEP; długość: 120 cm – 150 cm; **do respiratorów** **SMITHS MEDICAL® Pneupac™ paraPac.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Obwód oddechowy pacjent – respirator, jednorazowy; jednoramienny;** wyposażony w wewnętrzną linię monitorowania ciśnienia, filtr i zastawką pacjenta; długość: 120 cm – 150 cm; **do respiratorów** **SMITHS MEDICAL® Pneupac™ paraPac plus.** | **sztuka** | **140** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3.. | **Obwód oddechowy CPAP, jednorazowy; dwuramienny;** wyposażony w wewnętrzną linię monitorowania ciśnienia, długość: 100 cm – 150 cm; **do respiratorów** **SMITHS MEDICAL® Pneupac™ paraPac plus.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Hyperinflation Set™ (albo równoważny);** wyposażony w worek oddechowy, regulator ciśnienia i manometrem; **do manualnej wentylacji noworodków;** **do respiratorów SMITHS MEDICAL® Pneupac™ paraPac plus.** | **zestaw** | **8** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**ZADANIE 7. Materiały eksploatacyjne i akcesoria do sprzętu medycznego ZOLL®**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Bateria litowo-jonowa ZOLL®** Sure Power™ II (albo równoważna) **do** **urządzeń ZOLL X Series**. | **sztuka** | **1** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektrody wielofunkcyjne** (do defibrylacji, elektrostymulacji, kardiowersji i monitorowania) **dla pacjenta dorosłego; do** **urządzeń ZOLL® E Series i ZOLL® X Series**. | **komplet** | **340** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Elektrody wielofunkcyjne** (do defibrylacji, elektrostymulacji, kardiowersji i monitorowania) **dla pacjenta pediatrycznego; do** **urządzeń ZOLL® E Series i ZOLL® X Series**. | **komplet** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Kabel przeznaczony do wykonywania 12 odprowadzeniowego EKG** (część kończynowa i przedsercowa) **do** **urządzeń ZOLL® X Series.** | **komplet** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Kabel wielofunkcyjny kabel terapeutyczny** (kompatybilny z elektrodami wielofunkcyjnymi) **do** **urządzeń ZOLL® X Series.** | **sztuka** | **2** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Papier** termiczny o szerokości 90 mm; z podziałka milimetrową do EKG; **do** **urządzeń ZOLL® X Series.** | **rolka** | **1000** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | **Zestaw FilterLine®, jednorazowy; przeznaczony do krótkotrwałego pomiaru EtCO2 u zaintubowanego pacjenta dorosłego lub pediatrycznego; do** **urządzeń ZOLL® X Series.** | **sztuka** | **180** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **XX** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.