**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Akcesoria do defibrylatora Corpuls**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Czterożyłowy przewód EKG (6-cio odprowadzeniowy), dł. 2 m, do defibrylatora Corpuls 3 | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Sześciożyłowy przewód do monitorowania EKG, długość przewodu 2 m, kod 1/ERC.Kabel do odprowadzeń V1-V6 (C1-C6) do monitorowania 12 odprowadzeń. Kabel do używania w połączeniu z przewodem 4 żyłowym. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kabel połączeniowy służący do pomiaru SpO2, SpCO, SpMet (25p, 15p) do defibrylatora Corpuls 1 i Corpuls 3, kompatybilny z czujnikami M-LNCS. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Czujnik klipsowy M-LNCS, dorośli SpO2, do defibrylatora Corpuls 3. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | Czujnik klipsowy M-LNCS, dzieci SpO2, do defibrylatora Corpuls 3. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Mankiet wielorazowy, jednoczęściowy, zamknięty. Zakres ramienia 8-13 cm.Bezlateksowy, w kolorze pomarańczowym. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 7. | Mankiet wielorazowy, jednoczęściowy, zamknięty. Zakres ramienia 12-19 cm. Bezlateksowy, w kolorze zielonym. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 8. | Mankiet NIBP wielorazowy. Zakres ramienia 28- 40 cm. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 9. | Mankiet wielorazowy do defibrylatora Corpuls 3, zakres ramienia 38-50 cm. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 10. | Wężyk połączeniowy do mankietów NIBP do defibrylatora Corpuls 3, ze złączką kątową z jednej strony, dł. 2,5 m. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 11. | Bateria litowo - jonowa do defibrylatora Corpuls 3. Wysoka wydajność. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 2. Akcesoria do respiratora Medumat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Przewód pacjenta do respiratora z zastawką i przewodem pacjenta. Wielorazowy, do urządzeń: MS, MSa, ME, ME CPR, Basic. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 25 |  |  |  |  |  |
| 2. | Jednorazowy przewód pacjenta z zastawką do respiratora Medumat. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 3. Akcesoria do urządzenia do kompresji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Bateria (LiPo) do urządzenia do kompresji klatki piersiowej Corpuls CPR. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nakładka S/M do urządzenia do kompresji klatki piersiowej Corpuls CPR. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Nakładka L/XL do urządzenia do kompresji klatki piersiowej Corpuls CPR. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 4. Czujniki do pulsoksymetru Nonin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Czujnik jednorazowego użytku dla niemowląt do pulsoksymetrów Nonin. Czujnik dla pacjentów o masie ciała od 3 kg do 30 kg. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujniki klipsowy dla dorosłych wielokrotnego użytku, z przewodem max. 1m, do pulsoksymetrów Nonin 8500 i 2500 model 8000AA. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 5. Elektrody**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Elektrody EKG jednorazowego użytku dla dorosłych, na bazie gąbki polietylenowej ze złączem zatrzaskowym, owalne lub okrągłe (zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie), o średnicy 5,0 cm +/-0,5 mm. „Nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średniotrwałego lub długoterminowego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi, szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie posiadające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką. Termin ważności: minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 13 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Elektrody EKG jednorazowego użytku pediatryczne, na bazie gąbki PE ze złączem zatrzaskowym, elektrody owalne lub okrągłe; (zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie, zamawiający dopuszcza elektrody w kształcie kwiatka) o średnicy 3,5 cm +/- 0,5 mm, „ nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średnio-trwałego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi; szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie posiadające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką. Termin ważności: minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 900 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 6. Elektrody i papier do defibrylatora Corpuls 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Elektrody jednorazowe w sztywnym opakowaniu. Powierzchnia przewodzenia ok. 81 cm², od 20 kg wzwyż dorośli/dzieci HBO Corpuls3. Do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym, mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej, kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci.Oryginalny produkt. Przydatność użycia: minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Elektrody jednorazowe pediatryczne w miękkim opakowaniu. Powierzchnia przewodzenia ok. 42 cm² HBO Corpuls3 do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym. Mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej, kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci.Oryginalny produkt. Przydatność użycia: minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |
| 3. | Papier do drukarki Corpuls3. Sygnowany logiem producenta, opakowanie 10 rolek.Szerokość: 106 mm. Długość: 22 m.Oryginalny produkt | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 300 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 7. Papier do Ekg**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Papier do defibrylatora Zoll 90mm/90mm/18m | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 4 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Papier termoczuły do CP 50 - rolka, 11,4 cm (4,5 cala) x 20 m | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 8. Pasek do defibrylatora Zoll**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pasek na ramię do defibrylatora Zoll posiadający możliwość regulacji długości w zakresie 90-120 cm, szerokość pasa minimum 5 cm, wyposażony w nakładkę zapobiegającą wrzynaniu paska w ramię użytkownika, zakończony metalowymi karabińczykami. Pasek wytrzymujący 50 kg statycznego obciążenia. Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 9. Pojedyncze złącze oddechowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pojedyncze złącze oddechowe jednorazowego użytku do kapnometru Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla osób dorosłych i dzieci powyżej 1 roku życia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pojedyncze złącze oddechowe jednorazowego użytku do kapnometru Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla niemowląt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 10. Przyrządy do przetaczania i przedłużacze do pomp**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kraniki trójdrożne z optycznym indykatorem pozycji otwarty /zamknięty; z trójramienny pokrętłem; każde wyjście kranika fabrycznie zabezpieczone koreczkiem; kranik wykonany z poliwęglanu o objętości wypełnienia maks. 0,22 ml; kurek obrotowy 360°; wyposażony w kolorowe znaczniki niebieski i czerwony służące do identyfikacji linii tętniczej i żylnej.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 250 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kraniki trójdrożne z przedłużaczem 7 cm z optycznym indykatorem pozycji otwarty /zamknięty; z trójramienny pokrętłem; każde wyjście kranika fabrycznie zabezpieczone koreczkiem; kranik wykonany z poliwęglanu; kurek obrotowy 360°; przedłużacz wykonany z PCV nie zawierającego ftalanów. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 350 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przedłużacz do pomp infuzyjnych, Przezroczysty lub zabarwiony przeznaczony dla leków światłoczułych (do wyboru przez zamawiającego przy składanym zamówieniu); średnica drenu 1,5x2,7mm lub 1,5x2,5 mm; długość 150 cm; nie zawierający ftalanów. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 4. | Przyrząd do przetaczania płynów infuzyjnych z długą elastyczną komorą kroplową o długości min. 55mm ,20 kropli ± 0,1 ml i wolną od PVC, dwupłaszczyznowa bardzo ostra, igła biorcza wyposażona w szczelny zamykany zapowietrznik (dopuszcza się igłę biorącą ściętą stożkowo) filtr płynu o średnicy 15 um, dren o długości od 150 – 200 cm, posiada precyzyjny regulator przepływu z zaczepem do mocowania końcówki drenu na tylnej powierzchni oraz dodatkowym otworem do umieszczenia igły biorczej po użyciu, opakowanie blister-pack, sterylizowane tlenkiem etylenu. Informacja o braku ftalanów na każdym opakowaniu jednostkowym i w dołączonej do oferty karcie charakterystyki produktu chemicznego, z którego wykonany jest przyrząd. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 35 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 11. Żel do Ekg**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Żel przewodzący do EKG, zachowującywymaganą lepkość; nie wysychający w czasie badań; o neutralnym dla skóry PH; opakowanie ok. 250 g.Termin ważności minimum 1 rok. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 250 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)