Załącznik nr 1b – Formularz asortymentowo-cenowy ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 1 – wózki reanimacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto**  | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **Wózki reanimacyjne**(zgodne z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 10 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 2 – wózki do transportu chorych leżących**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **wózki do transportu chorych leżących** (zgodne z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 10 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 3 – wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej ferromagnetyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto**  | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **wózek do transportu pacjentów w pozycji siedzącej ferromagnetyczny**(zgodny z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 1 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 4 – wózki inwalidzkie do toalety**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **Wózki inwalidzkie do toalety**(zgodne z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 3 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 5 – podnośnik do podnoszenia pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **podnośnik do podnoszenia pacjenta**(podnośniki zgodne z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 5 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 6 – kozetki zabiegowe 2 częściowe elektryczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **kozetki zabiegowe 2 częściowe elektryczne** (zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 21 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Załącznik nr 1b ZP/90/ZCO/2023

**Pakiet nr 7 –** **stół do rehabilitacji elektryczny 2 częściowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa producenta** | **j.m.** | **Ilość j.m.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT****w****%** | **Wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | **stół do rehabilitacji elektryczny 2 częściowy** (zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia w załączniku nr 1a do SWZ) |  | Szt. | 13 |  |  |  |  |

**UWAGA: Dokument podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**