|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY  |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 1: Cewniki, introducery - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Cewnik Swan’a-Ganz’a 7,5F/110cm, pięcioświatłowy | **900** |  |  |  |  |  |
| **2** | Introducer do cewnika Swan’a-Ganz’a 8F | **1100** |  |  |  |  |  |

**Cewniki i introducery muszą być kompatybilne i pochodzić od jednego producenta.**

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 1** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 2: Stabilizatory i rozwieracz - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Stabilizator tkankowy do naczyń wieńcowych**Ilość w komisie: 20 szt.** | **500** |  |  |  |  |  |
| **2** | Stabilizator do podtrzymywania serca**Ilość w komisie: 10 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **3** | Rozwieracz mostkado op-cabg z kompletem łyżek | **1** |  |  |  |  |  |

**Stabilizatory i rozwieracz muszą być kompatybilne i pochodzić od jednego producenta**

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 2** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 3: Kauteryzatory do protez naczyniowych - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Kauteryzator do protez naczyniowych | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 3** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 4: Zestawy do drenażu worka osierdziowego i klatki piersiowej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zestaw do drenażu worka osierdziowego | **100** |  |  |  |  |  |
| **2** |  Wielokomorowe sterylne zestawy do drenażu klatki piersiowej  | **1200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 4** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 5: Protezy naczyniowe tkane**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Proteza naczyniowa prosta tkana** podwójnie welurowana, uszczelniana kolagenem, przepuszczalność poniżej 5ml/cm²/mm, sterylna, długość 12-25cm, średnica: 8, 10, 26, 28, 30, 32, 34 mm**Ilość szt. w komisie:** 2 szt. z każdego rozmiaru | **90** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Proteza** **naczyniowa tkana** **z jedną odnóżką**, umożliwiająca śródoperacyjne podłączenie kaniuli perfuzyjnej w krążeniu pozaustrojowym, uszczelniana kolagenem lub żelatyną wchłanianą na drodze hemolizy, welurowana dwustronnie, posiadająca odporność na zginanie, sterylna, długość 40cm+1@15cm, średnice: 26x8mm, 28x8mm, 30x8mm, 32x8mm, 34x8mm**Ilość szt. w komisie:** 1 szt. z każdego rozmiaru  | **20** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Proteza naczyniowa tkana z czterema odnóżkami,** poliestrowa, welurowana dwustronnie, umożliwiająca śródoperacyjne podłączenie kaniuli perfuzyjnej w krążeniu pozaustrojowym, uszczelniana kolagenem lub żelatyną wchłanianą na drodze hemolizy, posiadająca odporność na zginanie, długość 40cm+4@15cm, średnice 26x(1x8mm)x(3x10mm), 28x(1x8mm)x(3x10mm), 30x(1x8mm)x(3x10mm), 32x(1x8mm)x(3x10mm), 34x(1x8mm)x(3x10mm)**Ilość szt. w komisie:** 1 szt. z każdego rozmiaru  | **15** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Proteza naczyniowa tkana** (tzw. proteza Valsalvy), karbowana, powlekana żelatyną wchłanianą na drodze hydrolizy dwustronnie welurowana, o współczynniku przepuszczalności poniżej 0,5ml/m2/mm, średnica od 24 do 34mm, grubość ściany 0,32mm"**Ilość szt. w komisie:** 1 szt. z rozmiaru 30mm, 32mm, 34mm | **30** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Proteza tkana typu Lupia**, stosowana w zabiegach debranchingu. Proteza do wieloetapowych hybrydowych operacji aorty wstępującej, łuku aorty, aorty zstępującej i brzusznej, składająca się z trzonu i 4 gałęzi.Średnice trzonu 20-34 mm, długość 40cm, średnice odnóg 10/10/8/10mm, długości odnóg 40/30/30/30cm.**Ilość szt. w komisie:** 2 szt. z rozmiar do ustalenia z zamawiającym | **5** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 5** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 6: Protezy naczyniowe proste tkane o dużej średnicy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Proteza naczyniowa, prosta, tkana uszczelniana kolagenem, jednostronnie welurowana, przepuszczalność wody <5ml/cm²/min, grubość ściany 0,5mm. Sterylna, długość 15-30cm, średnica: 34, 38 mm**Ilość szt. w komisie:** 2 szt. z każdego rozmiaru | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 6** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 7: Łaty chirurgiczne poliestrowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Łata do stosowania w angioplastyce do zabiegów ASD, VSD, rozmiar 15,2cm x 15,2 cm, grubość 0,61 mm z oznacznikami zabezpieczającymi przed skręcaniem**Ilość w komisie: 2 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 7** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 8: Łaty chirurgiczne poliestrowe podwójnie welurowane**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Łata do stosowania w angioplastyce do naprawiania uszkodzeń wewnątrzsercowych, rozmiar 15,2cm x 15,2 cm, grubość 1,5 mm **Ilość w komisie: 1 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 8** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

Zadanie 9: Filc chirurgiczny

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Filc do zamykania ubytków wewnątrz-sercowych, rozmiar 15,2cm x 15,2cm, grubość 1,65 mm  | **60** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 9** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 10: Shunty wewnątrznaczyniowe wieńcowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość****szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT** **(%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Shunty wewnątrznaczyniowe wieńcowe o średnicy oliwki: 1,25; 1,5; 1,75; 2,0; 2,25; 2,5; 2,75; 3,0 – możliwość ustalenia rozmiarów przy poszczególnych zamówieniach.  |  **400** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 10** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 11: Urządzenie do operacji naprawczych tętniaków i/lub rozwarstwień łuku aorty oraz piersiowej aorty wstępującej i zstępującej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenie hybrydowe składające się ze stentgraftu piersiowego połączonego z protezą łuku aorty posiadającą odnogi dogłowowe oraz odnogę dla przepływu wstecznego  | **30** |  |  |  |  |  |
| **2** | Urządzenie hybrydowe składające się ze stentgraftu piersiowego połączonego z protezą łuku aorty posiadającą odnogę dla przepływu wstecznego | **5** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 11** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 12: Linia ogrzewająca krew i płyny infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Linia jednorazowego użytku HL-90-INT-230 do ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych do aparatu Level/1/Hotline | **600** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 12** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 13: Zaciski naczyniowe Buldogi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość****szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Jednorazowe buldogi naczyniowe proste* niskiej wadze,
* proste,
* w rozmiarze midi,
* o delikatnej budowie szczęk, z siłą nacisku

 25-30gramów* znakowane radiologicznie
 | **100** |  |  |  |  |  |
| **2** | Jednorazowe buldogi naczyniowe zagięte* o niskiej wadze,
* zagięte pod kątem 45º,
* w rozmiarze midi,
* o delikatnej budowie szczęk, z siłą nacisku

 75-80gramów* znakowane radiologicznie
 | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 13** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 14: Urządzenia do zespoleń proksymalnych przy OPCABG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenia do zespoleń proksymalnych przy OPCABG:- urządzenie eliminujące konieczność częściowego klemowania aorty w trakcie zabiegów OPCABG- umożliwia wykonanie proksymalnych zespoleń bez konieczności modyfikowania standardowych technik- umożliwia wykonanie trzech zespoleń z jednego wkłucia- w skład zestawu wchodzą: - urządzenie Enclose II - klucz do zamykania siłownika - igła do nakłuć (14g) - punch aortalny (do wyboru jeden z trzech rozmiarów: (3.5mm, 4.0mm, 4.5mm)**Ilość szt. w komisie:** 1 szt. z każdego rozmiaru | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 14** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 15:** **Łączniki do drenów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Łącznik Y bezlateksowy, przeźroczysty schodkowe łączniki cewnika Thorax (12/40)i zestawu do drenażu klatki piersiowej. | **1100** |  |  |  |  |  |
| **2** | łącznik Y polipropylenowy, jałowy łącznik w kształcie litery Y służący do połączenia trzech drenów o różnej średnicy, np. dwóch drenów wyłonionych z klatki piersiowej z drenem drenażowym;  | **300** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 15** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 16: Cewniki Thorax**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Cewnik Thorax z kontrastem Rtg, wykonany z PCW o jakości medycznej i twardości ok. 76º ShA, jednorazowego użytku, rozmiary 32CH, 36CH, jałowe, sterylizowane tlenkiem etylenu, z konektorem lub zakończeniem ułatwiającym aplikację, z linią doskonale widoczną w promieniach Rtg, z otworem centralnym i 5 bocznymi otworami, zagięte lub proste. | **2000** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 16** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 17: Elektrody do ablacji - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Elektroda jednobiegunowa do śródoperacyjnej ablacji zaburzeń rytmu**Ilość szt. w komisie:** 2 szt.  | **20** |  |  |  |  |  |
| **2** | Elektrody do ablacji dwubiegunowe wykorzystujące energię RF**Ilość szt. w komisie: 1** szt. | **20** |  |  |  |  |  |
| **3** | Elektroda dwubiegunowa do śródoperacyjnej ablacji zaburzeń rytmu serca w operacjach małoinwazyjnych**Ilość szt. w komisie: 1** szt. | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 17** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 18: Akcesoria elektrochirurgiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Elektroda ostrzowa jałowa, jednorazowa ze stali nierdzewnej, wydłużona* Długość całkowita 16,51cm
* Długość aktywna 2,54cm
 | **100** |  |  |  |  |  |
| **2** | Elektroda ostrzowa jałowa, jednorazowa ze stali nierdzewnej* mocowanie sześciokątne
* długość całkowita 6,2m
* długość aktywna 2,54m
 | **900** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 18** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 19: Igły typu Secalon**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | 1. Igła do żył centralnych wprowadzana po igle,
* przeznaczona do awaryjnego cewnika wlewów wysokiej prędkości przepływu,
* zawiera Floswitch,
* przeznaczona do szybkiego krótkotrwałego wprowadzeniu do żył centralnych lub dużych naczyń obwodowych,
* kompletna zestawy zawiera wstępnie przebicie rysika i stabilizujący skrzydło,
* o wymiarach 14Gx160mm
 | **1200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 19** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 20: Łaty osierdziowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** |  Łata osierdziowa wykonane z osierdzia wołowego, zabezpieczona chemicznie przed zwapnieniem poprzez usunięcie z tkanki cząstek przyciągających wapń (fosfolipidów), w rozmiarze 10 cm x 15 cm, przechowywane w buforowanym roztworze gluteraldehydu.**Ilość szt. w komisie: 2** szt. | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 20** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 21: Prowadniki i cewniki endowaskularne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** |  **Prowadnik extra sztywny typu Lunderquist:**- wykonany ze stali nierdzewnej z miękką, sprężynową końcówką,- prowadnik pokryty teflonem,- średnica 0,053”, - długości 90cm, 145cm, 180cm, 260cm,- giętka końcówka o długości 4cm, 7cm, - końcówka prowadnika prosta lub w kształcie " J " o promieniu 3 mm.  | **150** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Prowadnik naczyniowy hydrofilny:**- powlekany biokompatybilna powłoką hydrofilną- składa się z nitilonowego rdzenia, końcówki dystalnej zawierającej platynową spiralę i zewnętrznej powłoki poliuretanowej- posiada zwężony nitilonowy rdzeń przenoszący obrót w stosunku 1:1- końcówka w postaci cieniodajnej platynowej sprężynki- w zestawie przyrząd Olcott Torque ułatwiający kierowanie prowadnikiem- długość 145,180,260,320 cm.- śr. 0,035’’ i 0,038’’- końcówki prosta i zagięta.**Ilość szt. w komisie:** 1szt. z każdego rozmiaru | **50** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Prowadnik ultra sztywny typu AMPLATZ:**- wykonany ze stali nierdzewnej z miękką sprężynową końcówką,- prowadnik pokryty teflonem,- prowadnik o średnicy 0,035" i 0,038",- długość prowadnika 260cm, 300cm,- giętka końcówka o długości 3cm, 7cm oraz w kształcie " J " o promieniu 3mm.**Ilość szt. w komisie:** 1szt. z każdego rozmiaru | **50** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Cewnik kalibrowany.** Wykonany z nylony, zbrojony na całej długości, 8 otworów bocznych, dwie krzywizny prosty i pigtail. Akceptuje prowadnik 0,035”. Średnica 4,5F. Długość 90,110cm. Długość skali 14 i 22cm, (znaczniki 1cm).**Ilość szt. w komisie:** 5szt.  | **30**  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Stenty aortalne SINUS XL**stenty samorozprężalne ,konstrukcja „zamknietokomórkowa” dla maksymalnej siły radialnej, znaczniki tantalowe na końcach stentu, cieniodajne znaczniki na koszulce wprowadzającej, dostępny w rozmiarach: śr.16-34mm, dł. 20-100mm.**Ilość szt. w komisie: 1szt. z każdego rozmiaru** | **5** |  |  |  |  |  |
| **6** | **Balon ZELOS**Balon odporny na zużycie z doskonałą pamięcią kształtu, współosiowy trzon zapewniający szybkie wypełnianie i opróżnianie, cieniodajna końcówka i dwa znaczniki na trzonie wewnętrznym, akceptuje prowadnik 0,035”, śr. balonu:12,14,16,18,20,22,26,28,30,34.dł. balonu:2,4 cm., śr. koszulki 6-12F.**Ilość szt. w komisie: po 1 szt. z każdego rozmiaru** | **15** |  |  |  |  |  |
| **7** | **Koszulki z dużą zastawką.**Akceptujące prowadnik 0,038”, z bocznym łącznikiemŚr.14F-dł.30,45,80 cm; śr.16F-dł.30,35,70cm; śr.18F-dł. 30cm.; śr. 20,22,24F - dł. 25cm.**Ilość szt. w komisie: po 1szt. z każdego rozmiaru** | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 21** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 22: Stentgraft piersiowy - zgodnie z opisem w pkt. III. SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | Producent,**nazwa handlowa,** **nr katalogowy** |
| **1** | Stentgraft piersiowy wykonany z nitinolu z poliestrową powłoką **Ilość w komisie: 5 szt.** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 22** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 23: Elektrody nasierdziowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** |  **Elektrody nasierdziowe monopolarne**- Igła nasierdziowa okrągła ½ koła - Izolowany przewód pleciony Pebax- Igła prosta przezskórna - Mocowanie w nasierdziu za pomocą: harmonijki/kotwiczki/haczyka lub pętli uniemożliwiającej niekontrolowane wysunięcie elektrody do dowolnego wyboru Zamawiającego- Kompatybilne ze stymulatorami zewnętrznymi używanymi w klinice- Długość przewodu 60cm lub 220cm do dowolnego wyboru Zamawiającego- Igły nasierdziowa okrągła: 27mm i przezskórna prosta: 90mm, która jest łamana w 2/3 długości i gotowa do podłączenia jej do stymulatora- Średnica elektrody 0.3 mm- Dostępna w dwóch kolorach do wyboru. | **100** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Elektrody bipolarne:**- fiksacja typu: prosta, zig-zag, wąsy, pętla, hak- 60cm i 220cm do wyboru- igła sercowa pełna, łamana- kolor niebieski | **100** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Elektrody 4-polarne:**- fiksacja typu: prosta, zig-zag, wąsy, pętla, hak- 60cm i 220cm do wyboru- igła sercowa pełna, łamana- kolor niebieski | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 23** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 24: Osłony USG śródoperacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Osłonka na głowicę ECHO**Sterylna, bezlateksowa, jednorazowa osłona na sondę do USG śródoperacyjne. Wymiary 12 (+/-1) cm na 244cm. W komplecie z elementami mocującymi, polem sterylnym i żelem sterylnym a 20ml. | **200** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Osłonka na głowicę ECHO z warstwą samoprzylepną**Sterylna, bezlateksowa, jednorazowa osłona na sondę do USG śródoperacyjne. Wymiary 12 (+/-1) cm na 244cm. Osłona zaopatrzona w warstwę lepną, gwarantującą ścisłe przyleganie głowice do sondy, W komplecie z elementami mocującymi, polem sterylnym i żelem sterylnym a 20ml. | **200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 24** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 25: Stentgrafty stalowe do aorty piersiowej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Stengraft stalowy do aorty piersiowej, wieloczęściowy z kompletnym zestawem do implantacji.**Ilość szt. w komisie: 1, rozm. po uzgodnieniu z Zamawiającym** | **10** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 25** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 26: Koce grzewcze - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Sterylny koc grzewczy dopasowany urządzenia WarmTouch | **500** |  |  |  |  |  |
| **2** | Koc na całe ciało dopasowany do urządzenia WarmTouch | **900** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 26** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 27: Przewody tlenowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Przewód tlenowy odporny na zgniatanie, Salter-Style, z uniwersalnymi złączami, dł. 915 cm  | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 27** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 28: Stentgrafty piersiowe - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Stentgraft piersiowy **Ilość szt. w komisie: 1 szt. rozmiar po uzgodnieniu z Zamawiającym** | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Stentgraft piersiowy CM  | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 28** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 29: Zastawki biologiczne stentowe aortalne i mitralne - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawka aortalna stentowa z pericardium wołowego**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **100** |  |  |  |  |  |
| **2** | Zastawka mitralna stentowa z pericardium wołowego**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 29** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 30: Zastawki biologiczne wołowe i świńskie aortalne i mitralne - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawka aortalna wołowado inplantacji supraanularnej**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Zastawka aortalna świńska**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **40** |  |  |  |  |  |
| **3** | Zastawka mitralna świńska**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 30** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 31: Zastawki biologiczne aortalne i mitralne - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawka aortalna biologiczna**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Zastawka aortalna bezstentowa**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **10** |  |  |  |  |  |
| **3** | Zastawka mitralna biologiczna**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 31** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 32: Zastawki do implantacji śród- i nadpierścieniowej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment | Ilość szt. | Cena jedn. netto | Wartośćnetto | Wartośćbrutto | VAT (%) | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawka aortalna do implnatacji śród- i nadpierścieniowej**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 32** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

 .............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 33: Biologiczna zastawka aortalna niskoprofilowa - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Biologiczna zastawka aortalna niskoprofilowa wykonana z osierdzia wołowego w rozm.: 19, 21, 23, 25, 27 mm**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **15** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 33** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 34:** **Zastawki biologiczne serca aortalne o podwyższonej trwałości dla młodszych pacjentów - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | Ilość szt. | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zastawki biologiczne serca aortalne o podwyższonej trwałości dla młodszych pacjentów, rozm. od 19-29mm**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **15** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 34** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 35: Zestaw do implantacji zastawki aortalnej biologicznej bezszwowej, z samorozprężalnym stentem - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zestaw do implantacji zastawki aortalnej biologicznej bezszwowej, z samorozprężalnym stentem**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **15** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 35** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 36: Pierścienie do anuloplastyki zastawki mitralnej i trójdzielnej- zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Pierścień do anuloplastyki zastawki mitralnej i trójdzielnej.**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **30** |  |  |  |  |  |
| **2** | Pierścień do korekcji zastawki mitralnej przy kardiomiopatii i niedomykalności.niedokrwiennej **Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 36** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 37: Zestawy do przezskórnego zamykania nieprawidłowych połączeń wewnątrzsercowych i uszka lewego (Amulety) - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | Producent,**nazwa** **handlowa** |
| **1** | Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka w rozm. Od 16mm do 22mm (wzrastające co 2mm), od22 mm do 34mm (wzrastające co 3mm)**Ilość w komisie: 8 szt**. rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Zestaw wprowadzający w rozm. 12F i 14F**Ilość w komisie: 10 szt.** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |
| **3** | Prowadnik Ultra Stiff śr. 0,035”, dług. 260 cm**Ilość w komisie: 10 szt.** | **250** |  |  |  |  |  |
| **4** | Koszulka transseptalna śr. 8,5F i trzech różnych krzywiznach**Ilość w komisie: 10 szt.** | **250** |  |  |  |  |  |
| **5** | Igła do nakłucia transseptalnego kompatybilna z koszulką z poz. 4**Ilość w komisie: 10 szt.** | **250** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 37** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 38: Pierścienie sztywne i półsztywne do anuloplastyki zastawki mitralnej - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Pierścienie półsztywne do anuloplastyki zastawki mitralnej.**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |
| **2** | Półsztywny pierścień do annuloplastyki zastawki mitralnej i naprawy strun ścięgnistych.**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |
| **3** | Sztywny pierścień do annuloplastyki zastawki mitralnej**Ilość szt. w komisie: 1 szt. z każdego rozmiaru** | **20** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 38** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 39: Worki do krwi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Worki do krwi z tworzywa medycznego, apyrogennego. Sterylny, pakowany pojedynczo, przeźroczysty o pojemność 600 – 1000 ml, bez płynu konserwującego. Jeden port zakończony plastykową igłą, etykieta do opisania danych, możliwość użycia do 10 godzin po otwarciu. | **400** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 39** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 40: Sensory do oksymetrii mózgowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Sensor do nieinwazyjnego pomiaru utlenowania regionalnego krwi mózgu do posiadanego przez Zamawiającego aparatu Invos:- przeznaczony do nieinwazyjnego, bezpośredniego i ciągłego pomiaru zmian nasycenia tlenem hemoglobiny zarówno w obszarze mózgu jak i w zastosowaniach regionalnych (jeden rodzaj czujnika),- jednorazowego użytku,- sterylny,- samoprzylepny,* pomiar saturacji mózgowej i somatycznej dla dorosłych.

**Ilość w komisie: 20 kpl.** | **600** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 40** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 41: Plastry czujnika spływu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT** **(%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Plasterek do czujnika spływu kompatybilne z pompą Stockert. Mocowanie za pomocą warstwy samoprzylepnej.  | **1000** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 41** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 42: Hemofiltry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Hemofiltr z zestawem drenów*** Powierzchnia mebrany 0,68m2
* ·Nietoksyczny, apirogenny,
* Maksymalne ciśnienie TMP 66Kpa
* Wypełnienie 60ml
* Minimalny-maksymalny przepływ 100-500ml/min

Włókna mebrany o dużej przepuszczalności. | **450** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Hemokoncentrator o dużej przepuszczalności wraz z drenami:*** Błona z włókien kapilarnych o dużej przepuszczalności
* Pole powierzchni błony 1,35m2
* Objętość priming 80ml
* Opór przepływu krwi <9Kpa
* Maksymalne ciśnienie przez błonowe TMP 66Kpa
* Nietoksyczny, apirogenny,
 | **450** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie holder - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 42** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 43: Łączniki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Łącznik Y, jałowe, apirogenne w rozmiarach:- 3/8-3/8-3/8- 3/8-3/8-1/2- 3/8-1/4-1/4 -3/8-3/8-1/4 | **300** |  |  |  |  |  |
| **2** | Łącznik prosty z luer lock jałowe, apirogenne w rozmiarach:* 3/8-3/8
* 3/8-1/4
* ¼-3/16
 | **300** |  |  |  |  |  |
| **3** | Łącznik prosty , jałowe, apirogenne w rozmiarach:- 3/8-1/2- 3/8-1/4- 1/4-3/16- 3/16 – 3/16- 1/4 – 1/4 | **300** |  |  |  |  |  |
| **4** | Łącznik Y z luer lock , jałowe, apirogenne w rozmiarach: - 3/8-3/8-3/8 | **300** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 43** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 44: Głowice pompy centryfugalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Głowica pompy centryfugalnej z adapterem lub bez kompatybilna z aparatem firmy Steckert S5 | **950** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 44** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 45: Kaniule tętnicze udowe z zestawem do wprowadzenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Kaniula tętnicza udowa z zestawem do wprowadzenia pakowanym osobno* kaniula aortalna udowa -zbrojona 16-20Fr z konektorem łączącym 3/8 cala
* długość min.15cm wraz z prowadnica ułatwiającą wprowadzenie kaniuli w światło naczynia
* Zestaw do wprowadzania, powinien zawierać:

- 2 x 18 ga – igły typu Seldingera- 2 x 8 Fr – rozszerzacz- 2 x 12 Fr – rozszerzacz- 2 x .038 cala x 150 cm – prowadnica- 1 x 3/8 cala dren PVC długości 15 cm- 1 x ostrze 11 | **400** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 45** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 46: Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym - zgodnie z opisem w pkt. III. SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym.**Ilość w komisie:10 szt.** | **200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 46** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 47: Kaniule, wenty, ssaki, końcówki ssące**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Kaniula aortalna prosta i krzywa | **950** |  |  |  |  |  |
| **2** | Kaniula żylna prosta  | **330** |  |  |  |  |  |
| **3** | Kaniula żylna dwustopniowa  | **950** |  |  |  |  |  |
| **4** | Kaniula żylna krzywa  | **330** |  |  |  |  |  |
| **5** | Kaniula z zestawem do przezskórnej kaniulacji żyły udowej  | **200** |  |  |  |  |  |
| **6** | Kaniula żylna udowa wielostopniowa: | **200** |  |  |  |  |  |
| **7** | Kaniula wieńcowa miękka do podawania kardioplegii | **450** |  |  |  |  |  |
| **8** | Kaniula do podawania kardioplegii do ujść wieńcowych sztywne | **450** |  |  |  |  |  |
| **9** | Kaniula do kardioplegii   | **450** |  |  |  |  |  |
| **10** | Kaniula do retroplegii  | **50** |  |  |  |  |  |
| **11** | Went lewokomorowy | **900** |  |  |  |  |  |
| **12** | Ssak osierdziowy | **400** |  |  |  |  |  |
| **13** | Dwustopniowa kaniula żylna do zabiegów miniinwazyjnych | **300** |  |  |  |  |  |
| **14** | Kaniula tętnicza udowa | **400** |  |  |  |  |  |
| **15** | Adapter do podawania kardiolpegii | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 47** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 48: Dreny do podciśnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Komplet drenów sterylnych 1/4cala używanych do podciśnienia podczas krążenia pozaustrojowego, ze zbiorniczkiem na skraplającą się wodę | **200** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 48** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 49: Zestawy drenów do kardioplegii krystalicznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Zestaw do kardioplegeii krystalicznej*** Konfiguracja drenów na pompę i stół operacyjny wg schematu podanego przez zamawiającego
* Linia na rolkę wykonana z silikonu medyczneg
* Pułapka zatorów powietrznych z filtrem min. 40 mikronów i możliwością podłączenia pomiaru ciśnienia i linii strzykawkowej do podawania leków
* Bańka z membraną izolująca krew od miernika do pomiaru ciśnienia i linii łączącej
* jałowe apirogenne
 | **600** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie cholder do kardioplegii - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 49** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 50: Zestawy drenów do podawania kardioplegii krwistej 4:1 ze spiralą**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Zestawy do kardioplegeii krwistej 4:1 ze stalowa spirala*** Konfiguracja drenów na pompę i stół operacyjny wg schematu załączonego przez Zamawiającego
* Linie na rolki wykonane z silikonu medycznego
* Bańka z membraną izolująca krew od miernika do pomiaru ciśnienia i linii łączącej
* Stalowa spirala
* całość pakowane w jednym opakowaniu
* jałowe,apirogenne
 | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 50** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 51: Kaniula do selektywnej perfuzji mózgu - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Trzyportowa kaniula do selektywnej perfuzji mózgowej.**Ilość szt. w komisie: 2 szt.** | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 51,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 52: Oxygenator bez filtra tętniczego i stalowym wymiennikiem ciepła - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Oxygenator z powerzchnią powlekaną membranami biokompatybilnymi dla dorosłych pracujący w systemie otwartym bez filtra tętniczego i stalowym wymiennikiem ciepła i twardym zbiornikiem kardiotomijnym**Ilość szt. w komisie: 20 szt.** | **750** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 52,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 53: Zestawy drenów do separatora krwinek czerwonych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zestaw drenów do separatora krwinek czerwonych kompatybilny z aparatem XTRA | **300** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 53,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 54: Oxygenatory ECMO wraz z drenami bez pompy centryfugalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Oxygenator z membraną polimetylopentenową, zestawem drenów i pompą centryfugalną** **•** Powierzchnia wymiennika ciepła 0,14 m 2• przewidywany czas pracy oxygenatora z zachowaniem pełnej sprawności 5 dni• objętość wypełnienia statycznego oxygenatora 150 ml• łączniki wlotowe i wylotowe 3/8 cala• powierzchnia membrany 1,2 m2• zakres przepływu krwi od 0,5 do min 5,0l/min• głowica pompy centryfugalnej wbudowana w zestaw, okres sprawności 5dni, maksymalny przepływ 5l/min, wypełnienie 57ml• dreny – powierzchnie wchodzące w kontakt z krwią pokryte powłoką biokompatybilną np. fosforylocholinowa• opakowanie zewnętrzne min podwójne• całość zapakowana w kompletny zestaw w opakowaniu zbiorczym**Ilość szt. w komisie: 1 szt.** | **60** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie cholder - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 54,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 55: Kaniule żylne zbrojone trzystopniowe proste owalne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | **Kaniula żylna zbrojona trzystopniowa prosta owalna 28-29 Fr*** bez łącznika
* zbrojenie uniemożliwiające zamknięcie światła kaniuli w trakcie krążenia pozaustrojowego
 | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 55,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 56: Plastikowe pojemniki na zużyte oxygenatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT** **(%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Plastikowy jednorazowy, hermetycznie zamykany, bezpieczny pojemnik przeznaczony do transportu i utylizacji zużytego oksygenatora i całego zestawu drenów. (odpowiednio duży). | **600** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 56,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6 /PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 57: Oxygenatory bez filtra tętniczego z plastikowym wymiennikiem ciepła - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Oxygenator z powlekanymi membranami biokompatybilnymi dla dorosłych pracujący w systemie otwartym bez filtra tętniczego i plastikowym wymiennikiem ciepła i twardym zbiornikiem kardiotomijnym **Ilość szt. w komisie: 5 szt.** | **100** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie holder - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 57,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 58: Zestawy drenów do oxygenatora - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zestaw drenów do oxygenatora dla dorosłych pracujących systemem otwartym z filtrem tętniczym o średnicy drenów linia tetnicza 3/8 oraz linia żylna 1/2cala | **950** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie cholder na filtr tętniczy - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 58,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/ 6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 59: Zestawy do zamykania nieprawidłowej komunikacji wewnątrzsercowej zbudowanej z siatki nitynolowej zawierającej implant (okluder), mechanizm wprowadzający, koszulkę przezprzegrodową - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Implant do zamykania PFO**Ilość w komisie: 5 szt.**  | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Implant do zamykania ASD **Ilość w komisie: 5 szt.**  | **50** |  |  |  |  |  |
| **3** | Implant do zamykania mnogich ASD **Ilość w komisie: 5 szt**.  | **30** |  |  |  |  |  |
| **4** | Implant do zamykania mięśniowego VSD **Ilość w komisie:5 szt.**  | **10** |  |  |  |  |  |
| **5** | Implant do zamykania błoniastego VSD w tym okludery symetryczne, asymetryczne, ekscentryczne. **Ilość w komisie: 2 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **6** | Implant do zamykania PDA. **Ilość w komisie: 2 szt.**  | **5** |  |  |  |  |  |
| **7** | Balony do pomiaru wielkości ubytku - dostępne balony do pomiaru wielkości ubytku o rozmiarach minimum 18 i 28mm**Ilość w komisie: 10 szt**. rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 59,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6 /PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 60: Oksygenator ze zintegrowanym filtrem tętniczym i zbiornikiem kardiotomijnym z powierzchnią biokompatybilną**

**zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Oksygenator ze zintegrowanym filtrem tętniczym i zbiornikiem kardiotomijnym z powierzchnią biokompatybilną.**Komis 10sztuk** | **100** |  |  |  |  |  |

#### Wykonawca na czas trwania umowy dostarczy nieodpłatnie cholder - 1szt

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 60,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 61: Zestaw drenów do krążenia mózgowego ASCP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | zestaw drenów do krążenia mózgowego wg załączonego schematu przez zamawiającego. | **60** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 61,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 62 : Dreny do krążenia pozaustrojowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Dren 1/4 cala, jałowy, nietoksyczny, apirogenny o długości 1,0m zapakowany w 2 oddzielne opakowania, używany do zabiegów w krążeniu pozaustrojowym  | **30** |  |  |  |  |  |
| **2** | Dren 3/8 cala, jałowy, nietoksyczny, apirogenny o długości 1,0m zapakowany w 2 oddzielne opakowania, używany do zabiegów w krążeniu pozaustrojowym  | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 62,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY 3lata** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 63: Cewniki, introducery, czujniki - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Cewnik Swan’a-Ganz’a do ciągłego pomiaru rzutu serca i parametrów hemodynamicznych | **10** |  |  |  |  |  |
| **2** | Introducer do cewnika Swan’a-Ganz’a 8F | **10** |  |  |  |  |  |
| **3** | Czujnik do pomiaru ciśnienia metodą bezpośrednią i z zamkniętym systemem do pobierania krwi – pojedyncze | **10** |  |  |  |  |  |
| **4** | Czujnik do pomiaru ciśnienia metodą bezpośrednią i z zamkniętym systemem do pobierania krwi – podwójne | **10** |  |  |  |  |  |

**Cewniki i introducery muszą być kompatybilne i pochodzić od jednego producenta.**

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 63,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY 3lata** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 64: Zamknięty system do pomiaru rzutu serca - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Zamknięty system do bezpiecznego i efektywnego podawania płynu w celu pomiaru rzutu serca z wykorzystaniem cewnika Swan’a-Ganz’a  | **900** |  |  |  |  |  |

**Cewniki i introducery muszą być kompatybilne i pochodzić od jednego producenta.**

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 64,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

Znak sprawy: **Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ...................................................................................................................................................................................

**Zadanie 65: Mechaniczny zestaw do usuwania elektrod - zgodnie z opisem w pkt.** **III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość** **szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Mandryn blokujący przeznaczony do usuwania elektrod o średnicy wewnętrznej od 0,016” 0,032”,długość całkowita 140cm, długość robocza 70cm **Ilość w komisie: 4 szt.** | **15** |  |  |  |  |  |
| **2** | Koszulki poszerzające polipropylenowe – para składająca się z koszulki wewnętrznej i zewnętrznej, cieniodajne o długości 33/38cm, średnicy wewnętrznej 7F, 8,5F, 10F, 11,5F, 13F**Ilość w komisie: 3 szt.** | **30** |  |  |  |  |  |
| **3** | Koszulki poszerzające polipropylenowe – para składająca się z koszulki wewnętrznej i zewnętrznej, cieniodajne o długości 41/46cm, średnicy wewnętrznej 7F, 8,5F, 10F, 11,5F, 13F**Ilość w komisie: 3 szt.** | **15** |  |  |  |  |  |
| **4** | Koszulki poszerzające teflonowe – para składająca się z koszulki wewnętrznej i zewnętrznej, cieniodajne o długości 33/38cm, średnicy wewnętrznej 8,5F, 9,5F **Ilość w komisie: 1 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **5** | Koszulki poszerzające teflonowe – para składająca się z koszulki wewnętrznej i zewnętrznej, cieniodajne o długości 41/46cm, średnicy wewnętrznej 8,5F, 9,5F**Ilość w komisie: 1 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **6** | Koszulki poszerzające stalowe – para składająca się z koszulki wewnętrznej i zewnętrznej**Ilość w komisie: 1 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **7** | Mechaniczny zestaw do usuwania elektrod – zestaw dwóch koszulek preparujących tkanki, w którym wewnętrzna koszulka wyposażona jest w ostrze i uchwyt z ręcznym napędem, średnica koszulek wewnętrznych 7F, 9F, 11F, 13F**Ilość w komisie: 2 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **8** | Mechaniczny zestaw do usuwania elektrod – zestaw dwóch koszulek preparujących tkanki, w którym wewnętrzna koszulka wyposażona jest w ostrze i uchwyt z ręcznym napędem, średnica koszulek wewnętrznych 9F - 11F**Ilość w komisie: 1 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **9** | Uniwersalny przedłużacz elektrod do usuwania elektrod bez światła wewnętrznego**Ilość w komisie: 1 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **10** | Nożyczki z nacinanym ostrzem do obcinania elektrod endokawitarnych zachowujące światło elektrody**Ilość w komisie: 1 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **11** | Rączka do chwytania plastikowych koszulek poszerzających typu Byrd**Ilość w komisie: 2 szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| **12** | Zestaw do usuwania elektrod przez żyłę udową**Ilość w komisie: 1 szt.** | **5** |  |  |  |  |  |
| **13** | Koszulka naczyniowa z zakrzywionym końcem do usuwania elektrod z dostępu udowego 12F**Ilość w komisie: 1 szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **14** | Introducer do koszulki, do usuwania elektrod z dostępu udowego z zakrzywioną końcówką 16F**Ilość w komisie: 1 szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **15** | Poszerzacz światła wewnętrznego elektrody**Ilość w komisie: 1 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **16** | Chwytak atraumatyczny do elektrod**Ilość w komisie: 1 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **17** | Pętla typu lasso do usuwania ciał obcych, średnica introducera w zakresie 4 – 6F, wielkość pętli w zakresie 5mm – 30mm**Ilość w komisie: 1 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **18** | Coil do kompresji**Ilość w komisie: 1 szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| **19** | Koszulka stabilizująca**Ilość w komisie: 1 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **20** | Koszulka do implantacji elektrod z zakrzywioną końcówką, długość 24cm oraz 44cm**Ilość w komisie: 1 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 65**, czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 66: Jednorazowy system do zamykania uszka lewego przedsionka – zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | j.m. | Ilość | Cenajedn.netto | Wartośćnetto | Wartość brutto | VAT (%) | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Jednorazowy system do torakoskopowego zamykania uszka lewego przedsionka**Ilość w komisie: 5 szt.** | szt. | **10** |  |  |  |  |  |
| **2** | Jednorazowy system do chirurgicznego śródoperacyjnego zamykania uszka lewego przedsionka **Ilość w komisie: 10 szt.** | szt. | **30** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ............................................................................................... złotych

**Cena zadania 66**, czyli wartość brutto ogółem: ........................zł, słownie: ..................................................................................... złotych

............... ....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 67:Głowica do pompy centryfugalnej (biopompy ) wraz z drenami**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. netto** | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | • Wypełnienie statyczne 40 ml• Wyjście/wejście (zakończenie wlotowe i wylotowe 9,5 mm (3/8 in)• Maksymalne ciśnienie 760 mmHg (101 kPa)• Maksymalny przepływ 10 l/min• Maksymalne obroty pompy 4000 RPM• Dren napływowy – 80 cm i wypływowy – 120 cm, 9,5 mm (3/8 in)• Czujnik przepływu na drenie wypływowym • Łącznik na drenie wypływowym typu Luer Lock (LL) do pomiaru ciśnienia• Adapter umożliwiający współpracę z posiadanym przez szpital aparatem do krążenia pozaustrojowego S5 firmy Stockert | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 67,**  czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: ..............................................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .................................................................................................................................................................................

**Zadanie 68: Kaniula dwuświatłowa żylno-żylna z zestawem do wprowadzania do podłączenia urządzenie do oxygenacji zewnątrz ustrojowej (ECMO) - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Kaniula dwuświatłowa żylno-żylna  **Ilość w komisie: 3 szt.** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |
| **2** | Zestaw do wprowadzenia 10/12 Fr., 12/14 Fr., 16/18 Fr**Ilość w komisie: 6 szt.** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |
| **3** | Zestaw do wprowadzenia 18/20 Fr., 20/22 Fr., 22/24 Fr.**Ilość w komisie: 6 szt.** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ............................... zł, słownie: ................................................................................................złotych

**Cena zadania 68,** czyli wartość brutto ogółem: ...............................zł, słownie: .............................................................................złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/6/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:........................................................................................................................................................................................

**Zadanie 69: Zestawy do przeskórnego zamykania nieprawidłowych komunikacji międzyprzedsionkowej wraz z systemem doprowadzającym – zgodnie z opisem umieszczonym w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment \*** | **Ilość****Szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1.** |  Okluder do zamykania nieprawidłowej komunikacji międzyprzedsionkowej typu ASD i PFO wraz z systemem doprowadzającym**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **100** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Cewniki balonowe do pomiaru wielkości ubytku**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **150** |  |  |  |  |  |

**\* Wszystkie pozycje asortymentowe muszą pochodzić od tego samego producenta.**

Wartość netto ogółem: ....................................... zł, słownie: ................................................................................................................ złotych

**Cena zadania 69**, czyli wartość brutto ogółem: ......................... zł, słownie: ....................................................................................................................... złotych

.............. ...........................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy