**Zadanie częściowe nr 10**

# Formularz szacowania wartości zamówienia

1. **Dane kontaktowe wyceniającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy/ osoby:** |  |
| **Adres email:** |  |
| **Numer telefonu:** |  |

1. **Data sporządzenia wyceny: …………………..**
2. **Model/producent: ……………**
3. **Szacunkowa wycena:**

| Lp. | Zakres realizacji zamówienia: | Wstępny opis przedmiotu zamówienia | Ilość sztuk | Cena jednostkowa netto  (zł) | Cena łączna  (zł)  (cena jednostkowa x ilość sztuk) | Stawka podatku VAT  (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10 | lampy operacyjne z torem wizyjnym | Lampa operacyjna podwójna diodowa, kopuła główna z natężeniem 160.000 lux, średnica  kopuły 76cm, kopuła dodatkowa z natężeniem co najmniej 90.000 lux, średnica kopuły 55cm. Kopuły z regulacją temperatury barwowej w zakresie od 3500 do 5000 K. Automatyczne elektryczne focusowanie. Kamera cyfrowa Full HD x 10 zabudowana w kopule o natężeniu 120.000 lux.  Trzecie ramię z monitorem medycznym co najmniej 24". 2 x uchwyt sterylny do kopuły z autofocusem, 2 x uchwyt sterylny do kopuły z kamerą z autofocusem | 2 |  |  |  |

Okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.

Możliwość dokupienia kolejnego roku gwarancji wynosi: ………………….. zł lub % wartości netto sprzętu .