**Zadanie częściowe nr 9**

# 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  (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | Stół operacyjny – ginekologiczno / urologiczny | Udźwig stołu co najmniej 300 kg.  Blat stolu modułowy, system anykolizyjny, podsawa z komunikacją świetlną, 5 koło wspomagające jazdę.  Materac główny, pilot przewodowy z wyświetlaczem, podnóżki dzielone, podpory pod ręce, ramka ekranu anestezjilogicznego, segment urologiczno ginekologiczny wraz z materacem, podpory pod nogi wspomagana sprężyną gazową prawa/lewa (buty litotomijne) , zaciski, podpora pod barki z regulacją, pas, uchwyt nadgarstka, pas pacjenta, uchwyt montażowy do szyn, uchwyty, miski, mobilny wózek na wyposażenie, | 2 |  |  |  |

Okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.

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