**Zadanie częściowe nr 36**

# 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  (%) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 36 | Fotel do chemioterapii | • elektryczna regulacja: wysokości, segmentu pleców, podudzia, podpory stóp Trendelenburga, pozycji fotelowej realizowane z pilota przewodowego,  • regulacja wysokości dodatkowo realizowana ze sterownika nożnego przy podstawie fotela  • jednoczesna i niezależna regulacja segmentu pleców i segmentu nóg  • materac 2-sekcyjny, segment pleców oraz segment siedziska i nożny razem,  • tapicerka wykonana ze zmywalnego materiału: o właściwościach przeciwbakteryjnych i przeciwgrzybicznych,  • podstawa jezdna wyposażona w koła o średnicy co najmniej 100 mm z centralną blokadą 2 kół  • fotel wyposażony w dwa odejmowane, tapicerowane, profilowane podłokietniki z regulacją: - wysokości  • bezpieczne obciążenie robocze co najmniej 200 kg. | 10 |  |  |  |

Okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.

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