

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 1: Ultrasonograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | | IVUS s5x | | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | Volcano Corporation |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 2: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | DASH® TM 4000 | | 100 | 2 |  |  |  |  | --------- | General Electric Healthcare |
| 2. | Monitor pacjenta | | Datex-Ohmeda® FM | | 12 | 2 |  |  |  |  | 2010 | General Electric Healthcare |
| 3. | Monitor pacjenta | | Datex-Ohmeda® S/5™ CCCM | | 13 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 4. | Monitor pacjenta | | Datex-Ohmeda® S/5™ CCM | | 2 | 2 |  |  |  |  | 2006 | General Electric Healthcare |
| 5. | Monitor pacjenta | | Datex-Ohmeda® S/5™ FM | | 8 | 2 |  |  |  |  | 2006,2009 | General Electric Healthcare |
| 6. | Monitor pacjenta | | S/5 CAM | | 10 | 2 |  |  |  |  | 2009,2010 | General Electric Healthcare |
| 7. | Monitor pacjenta | | S/5™ MRI Monitor | | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 8. | Monitor pacjenta | | CARESCAPE™ Monitor B650 | | 5 | 2 |  |  |  |  | 2014 | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 3: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Kompaktowy Fx 3000 | | 6 | 2 |  |  |  |  | 2014 | EMTEL |
| 2. | Monitor pacjenta | | FX 2000-centrala systemu | | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011,2006 | EMTEL |
| 3. | Monitor pacjenta | | FX 2000MD | | 6 | 2 |  |  |  |  | -------- | EMTEL |
| 4. | Monitor pacjenta | | FX 2000P | | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | EMTEL |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawc

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 4: Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Goldway UT4000B | | 1 | 2 |  |  |  |  | 2007 | Shenzhen Goldway |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 5: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta z wbudowanym modułem rzutu minutowego serca | | PiCCO2™ | 5 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Maquet |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 6: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | | BCC 140 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2008 | Söring GmbH |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 7: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | | ENRAF NONIUS CURAPULS 670 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Enraf-Nonius B.V. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 8: Diatermie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | | ERBOTOM ICC 200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | ERBE Elektromedizin GmbH |
| 2. | Diatermia | | ERBOTOM ICC 300 H | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | ERBE Elektromedizin GmbH |
| 3. | Diatermia | | ERBOTOM ICC 300 H | 2 | 2 |  |  |  |  | 1995 | ERBE Elektromedizin GmbH |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 9: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | | GT-400 | 1 | 2 |  |  |  |  | 1995 | ZDTM Łódź |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 10: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | | THERMATUR 200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2001 | TUR ELEKTROMEDIZIN |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 11: Aparaty do znieczulania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | | Dameca MRI 508 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Philips |
| 2. | Aparat do znieczulania | | Dameca MCM 970 | 2 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Dameca A/S |
| 3. | Aparat do znieczulania | | Dameca AVANTIS | 1 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Dameca A/S |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 12: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | HAMILTON G-5 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Hamilton Medical AG |
| 2. | Respirator | | HAMILTON S-1 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Hamilton Medical AG |
| 3. | Respirator | | HAMILTON-C1 | 1 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Hamilton Medical AG |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 13: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | CAREvent® ATV+ | 2 | 2 |  |  |  |  | 2010 | O-TWO MEDICAL TECHNOLOG. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 14: Lasery zabiegowe i okulistyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Laser Holmowy | | Sphinx jr | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | LISA laser products OHG |
| 2. | Laser okulistyczny | | OPTIMIS II | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
| 3. | Laser okulistyczny | | SOLUTIS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
| 4. | Laser okulistyczny-zestaw | | Supra 532 nm | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 15: Lasery zabiegowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Laser zabiegowy | | Ceralas E-15 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Deka |
| 2. | Laser zabiegowy | | SmartXide HS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Deka |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 16: Aparaty do znieczulania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | | S/5 Avance® Carestation | 9 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 2. | Aparat do znieczulania | | S/5 Aespire® 7100 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 3. | Aparat do znieczulania | | S/5 Aespire® 7900 SmartVent™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 4. | Aparat do znieczulania | | DATEX-OHMEDA® AESTIVA™/5 MRI | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 17: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | | DefiMax biphasic | 2 | 2 |  |  |  |  | 2013 | EMTEL |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 18: Aparat do badania słuchu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do badania słuchu | | OTORead | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Interacoustics A/S |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 19: Aparat do krążenia pozaustrojowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do krążenia pozaustrojowwgo | | Stockert S5 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Sorin Group |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 20: Aparat do pomiaru przepływu krwi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do pomiaru przepływu krwi. | | VeriQ C™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Medi Stim ASA™ |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 21: Aparat do rozmrażania krwi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do rozmrażania krwi | | SAHARA III | 2 | 2 |  |  |  |  | 2003 | SARSTEDT AG & Co |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 22: Aparat do wykonywania preparatów cytologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do wykonywania preparatów cytologii płynnej | | BD PrepStain | 1 | 4 |  |  |  |  | 2013 | Becton Dickinson |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 23: EMG (Elektromiograf)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | EMG (ELEKTROMIOGRAF) | | Dantec Keypoint® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Natus Medical Inc |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 24: Fotokoagulator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Fotokoagulator | | Supra 532 nm | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 25: Moduł kontrolowania insulinoterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Moduł kontrolowania insulinoterapii SGC | | SGC Space Control | 5 | 1 |  |  |  |  | 2014 | B|Braun |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 26: Moduł rzutu minutowego serca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Moduł rzutu minutowego serca | | PICCO PC4510 | 6 | 2 |  |  |  |  | 2012 | PULSION |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 27: Monitor nerwów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor nerwów | | Neuromonitor C2 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | inomed Medizintechnik GmbH |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 28: Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej | | AutoCAT2 Wave | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Arrow International, Inc. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 29: Pompy do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej | | CS100™ IABP | 3 | 2 |  |  |  |  | 2012 | MAQUET Getinge Group |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 30: Pompa irygacyjna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa irygacyjna | | PG 130 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | AESCULAP-CHIFA Sp. z o.o. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 31: Separator komórkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Separator komórkowy | | XTRA® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Sorin Group Deutschland |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 32: Spirometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | SPIROMETR | | MasterScreen™ Pneumo | 1 | 2 |  |  |  |  | ---------- | CareFusion Corporation |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 33: Spirometry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | SPIROMETR | | Lungtest 1000 SB | 2 | 2 |  |  |  |  | 2007-8 | MES Sp. z o.o. |
| 2. | SPIROMETR | | Lungtest 1000 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | MES Sp. z o.o. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 34: Sterylizator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Sterylizator | | Parowy FVA2/A1 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Fedegari (SUISSE) SA |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 35: System do elektrofizjologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | System do elektrofizjologii | | LabSystem™ PRO EP | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | BARD |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 36: Tomograf okulistyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Tomograf okulistyczny | | Spectralis OCT | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Heidelberg Engineering |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 37: Wielofunkcyjne urządzenie do wykonywania terapeutycznej aferezy i ciągłych nerko-zastępczych zabiegów terapeutycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wielofunkcyjne urządzenie do wykonywania terapeutycznej aferezy  i ciągłych nerko-zastępczych zabiegów terapeutycznych | | Plasauto™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Asahi Kasei Kuraray |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 38: Wstrzykiwacze kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | | MEDRAD Stellant® CT Dual Injection Systems | 1 | 2 |  |  |  |  | ---------- | MEDRAD, Inc. USA |
| 2. | Wstrzykiwacz kontrastów | | MEDRAD Spectris Solaris® EP MR Injection System | 2 | 2 |  |  |  |  | --------- | MEDRAD, Inc. USA |
| 3. | Wstrzykiwacz kontrastów | | MEDRAD Mark V ProVis® | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | MEDRAD, Inc. USA |
| 4. | Wstrzykiwacz kontrastów | | MEDRAD Mark V Plus | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | MEDRAD, Inc. USA |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 39: Wstrzykiwacz kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | | Angiomat Illumena 7261 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | MALLINCKRODT INC., |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 40: Wstrzykiwacze kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | | ACIST CVi® | 2 | 2 |  |  |  |  | 2014 | ACIST Medical Systems |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 41: Zestaw do badań urodynamicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Zestaw do badań urodynamicznych | | SOLAR | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | ---------- |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 42: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | | CLW 400 STD | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | POL-EKO-APARATURA sp.j. |
| 2. | Cieplarka | | CLW115 STD | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | POL-EKO-APARATURA sp.j. |
| 3. | Cieplarka | | CL-65 | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | Sp.Pracy Wyt.-Konst."ELKON" |
| 4. | Cieplarka | | C-30W | 2 | 2 |  |  |  |  | 2012 | WAMED |
| 5. | Cieplarka | | C-65G | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | WAMED |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawc

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 43: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | | SUT 6420 | 1 |  |  |  |  |  | 2003 | Heraeus / Getinge |
| 2. | Cieplarka | | UB 6420 | 2 |  |  |  |  |  | 2002 | Heraeus / Getinge |
| 3. | Cieplarka | | UB 6760 | 1 |  |  |  |  |  | 2002 | Heraeus / Getinge |
| 4. | Cieplarka | | B 6030 | 1 |  |  |  |  |  | 2004 | Heraeus / Getinge |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 44: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | | Mini 18 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | Falc Instruments s.r.1. |
| 2. | Cieplarka | | Venticell Standard | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | BMT |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 45: Łóżka rehabilitacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko rehabilitacyjne | | SOLIDO2  i SOLIDO 4 | 166 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Stolter |
| 2. | Łóżko rehabilitacyjne | | CARVALO | 93 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Stolter |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 46: Łóżka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko transportowe | | Transport Stretcher 737 | 17 | 2 |  |  |  |  | ----------- | STRYKER |
| 2. | Łóżko wielopozycyjne | | GoBed II | 45 | 2 |  |  |  |  | ----------- | STRYKER |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 47: Mikropłytkowy czytnik absorbancji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Mikropłytkowy czytnik absorbancji | | ELx800™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | BioTek |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 48: Komora do hodowli bakterii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Komora do hodowli bakterii | | Whitley A35 Anaerobic Workstation | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Don Whitley Scientific Limited |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 49: Pompy infuzyjne i stacja dokująca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | | Jednostrzykawkowa, Perfusor®Space | 223 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |
| 2. | Pompa infuzyjna objętościowa | | Infusomat®Space | 66 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |
| 3. | Stacja dokująca do pomp infuzyjnych | | B.Braun SpaceStation MRI | 1 | 1 |  |  |  |  | --------- | B|Braun |
| 4. | Stacja dokująca do pomp infuzyjnych | | B.Braun SpaceStation 871 3140 | 55 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 50: Komory laminarne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Komora laminarna | | MARS 1800 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | LaboGene ApS |
| 2. | Komora laminarna | | Mars Fortuna 1800 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | LaboGene ApS |
| 3. | Komora laminarna | | Mars PRO1200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | LaboGene ApS |
| 4. | Komora laminarna | | K 700 Alpina | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | ------------- |
| 5. | Komora laminarna | | Lamil Plus | 2 | 2 |  |  |  |  | 2002 | KARSTULAN METALLI OY |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 51: Wiertarki chirurgiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wiertarka chirurgiczna | | GA674 | 3 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 2. | Wiertarka chirurgiczna | | Microspeed® GD682 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 3. | Wiertarka chirurgiczna | | Microspeed® GD684 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 4. | Wiertarka chirurgiczna | | Elan GA825 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 5. | Wiertarka chirurgiczna | | GB200 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 52: Wiertarka chirurgiczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wiertarka chirurgiczna | | DYONICS™ 7205355 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Smith & Nephew Endoscopy |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 53: Stoły zabiegowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stół zabiegowy i transp.blatu | | Magnus 1180 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2013 | MAQUET |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 54: Audiometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Audiometr | | MADSEN ITERA II | 1 | 2 |  |  |  |  | ----------- | GN OTOMETRICS |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 55: Aparaty rentgenowskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | APARAT RENTGENOWSKI | | Arcoma T1 | 2 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Arcoma AB |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 56: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | ŹRÓDŁO ŚWIAŁTA | | 486B | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 2. | ELEKTRORESEKTOSKOP PRZEPŁYWOWY | | TELECAM SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 3. | ENDOSKOPOWA JEDNOSTKA WIZYJNA | | TELEPACK X LED | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 4. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Adapter Storz 20200042 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 5. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Głowica z adapterem Storz 20212030 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 6. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Głowica. Storz 20212034 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 7. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Sterownik Telecam SL PAL 20212020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 8. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Głowica Storz Image I HD 22220055 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 9. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Sterownik Storz Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 10. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Kamera Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 11. | KAMERA ENDOSKOPOWA – ZESTAW | | Storz Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 12. | KONSOLA STERUJĄCA | | Storz Powershaver SL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 13. | MONITOR | | Storz, S.C. -SX19-A1511,19 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 14. | MONITOR | | Storz S.C. - WU24-A1511 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 15. | POMPA SSĄCA | | Storz Hamou Endomat | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 16. | TERMOFLATOR | | Storz 26432020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 17. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | | Storz Xenon Nova 175 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 18. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA | | Storz Xenon 100 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 19. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 20. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | | Telecam DX II 20232020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 21. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 22. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 23. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 57: Kardiotokografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Kardiotokograf | | Corometrics®170 model 171 | 8 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |
| 2. | Kardiotokograf | | Corometrics®170 model 172 | 2 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 58: Inkubatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Inkubator | | Otwarty, Panda | 12 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 59: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | | LIFEPAK® | 12 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |
| 2. | Defibrylator | | LIFEPAK®15 | 3 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |
| 3. | Defibrylator | | LIFEPAK®20 i 20e | 20 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 60: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | | Responder 2000(\*) | 20 | 2 |  |  |  |  | 2009-10 | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

(\*) wymiana akumulatora raz na dwa lata

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 61: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | TRILOGY 202 | 4 | 2 |  |  |  |  | 2013 | Philips |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 62: Elektrokardiografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Elektrokardiograf | | MAC® 800 | 29 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 63: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | EVITA V300 | 8 | 2 |  |  |  |  | --------- | Dräger |
| 2. | Respirator | | Evita® XL | 11 | 4 |  |  |  |  | --------- | Dräger |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 64: Aparat do barwienia preparatów metodą Grama**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do barwienia preparatów metodą Grama | | PREVI™ Color Gram | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | bioMérieux |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 65: Pompy infuzyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | | Jednostrzykawkowa,  AP 14 | 35 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Ascor S.A. |
| 2. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | | Dwustrzykawkowa, AP 22 | 14 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Ascor S.A. |
| 3. | Pompa infuzyjna objętościowa | | AP 31 | 5 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Ascor S.A. |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 66: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | | ZOLL M Series® | 5 | 4 |  |  |  |  | 2009 | ZOLL Medical Corporation |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 67: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | | Cardio Aid™MC+ | 2 | 4 |  |  |  |  | ---------- | S&W Medico Teknik |
| 2. | Defibrylator | | Cardioline EP700 | 1 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Cardioline US |
| 3. | Defibrylator | | PRIMEDIC™ DefiMonitor XD100 | 2 | 2 |  |  |  |  | ---------- | METRAX GmbH |
| 4. | Defibrylator | | Reanibex 200 | 3 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Bexen Cardio |
| 5. | Defibrylator | | TEC-7621K | 1 | 4 |  |  |  |  | ---------- | NIHON KOHDEN CORPORATION |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 68: Aparaty do znieczulania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | | Primus Infinity® Empowered | 2 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Dräger |
| 2. | Aparat do znieczulania | | Primus® | 9 | 4 |  |  |  |  | 2009-10 | Dräger |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 69: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Gastrofiberoskop | | Olympus GIF-H180 | 3 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 2. | Gastrofiberoskop | | Olympus GIF-1TQ160 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 3. | Kolonofiberoskop | | CF-H180AL | 2 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 4. | Kolonofiberoskop | | CF-Q165L | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 5. | Procesor video | | Exera II CV-165 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 6. | Procesor video | | Exera II CV-180 | 3 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 7. | Ssak | | Olympus KV-5 | 3 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 8. | Źródło światła | | Exera II CLV-180 | 3 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 9. | Źródło światła | | Exera II CLE-165 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 10. | Ureterorenoskop | | Olympus, URF-P5 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |
| 11. | Pompa ssąca | | Olympus OFP | 2 | 2 |  |  |  |  | 2009 | OLYMPUS |

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

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 70: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Bronchofiberoskop | | Intubacyjny, PENTAX® FI-10BS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | PENTAX |
| 2. | Bronchofiberoskop | | Intubacyjny, PENTAX® FI-13BS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2008 | PENTAX |
| 3. | Bronchofiberoskop | | Intubacyjny, PENTAX® FI-16BS | 4 | 2 |  |  |  |  | 2008-09 | PENTAX |
| 4. | Bronchofiberoskop | | Intubacyjny, PENTAX® FI-9BS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | PENTAX |
| 5. | Bronchofiberoskop | | PENTAX® FB-18P | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | PENTAX |
| 6. | Gastroskop | | PENTAX® Duodenoskop FD–34V | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | PENTAX |
| 7. | Procesor video | | PENTAX® EPK-100p | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | PENTAX |
| 8. | Źródło światła | | PENTAX® LH-150PC | 2 | 2 |  |  |  |  | 2009 | PENTAX |
| 9. | Źródło światła | | PENTAX® LH-150PZ II | 3 | 2 |  |  |  |  | 1998 | PENTAX |
| 10. | Źródło światła | | PENTAX® LX-150P | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | PENTAX |
| 11. | Gastroskop | | PENTAX® FB 18X | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | PENTAX |

**Cena zadania 70**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 71: Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | niccomo ICU | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | MEDIS Medical Technology GmbH |

**Cena zadania 71**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/29/PN/19**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 72: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu 2 lat**  **dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do barwienia preparatów | | Shandon Varistain® GeminiES | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 2. | Aparat do zatapiania tkanek w parafinie | | Histostar™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 3. | Kriostat | | Shandon Cryotome FSE® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 4. | Mikrotom | | Rotacyjny HM 340 E | 2 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |

**Cena zadania 72**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

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

data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy