**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Ciśnieniomierze elektroniczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Ciśnieniomierz elektroniczny wyposażony w mankiet naramienny, z możliwością sterylizacji za pomocą środków dezynfekcyjnych, czytelny wyświetlacz, wyposażony w wskaźnik arytmii serca – wykrywa zaburzenia pracy serca, testowany klinicznie, funkcja klasyfikacji poziomu ciśnienia wg. standardów Światowej Organizacji Zdrowia, zarejestrowany jako wyrób medyczny, zasilany bateriami, w zestawie zasilacz i etui. Okres gwarancji min. 24 miesiące.Parametr punktowany: pomiar ciśnienia podczas pompowania mankietu: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalny mankiet na ramię od 22 cm do 42 cm obwodu, kompatybilny z ciśnieniomierzem z pozycji 1. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 2. Ciśnieniomierze ręczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Ciśnieniomierz ręczny z wysoką odpornością manometru na wstrząsy (dodatkowa osłona manometru); z wysoką dokładnością pomiarów; laserowo grawerowaną skalą zapewniającą bardzo dokładny odczyt mierzonych wartości; wyposażony w płynnie regulowany zawór spustowy, łyżkę stabilizującą gruszkę oraz miejsce na etykietę z logo zamawiającego manometr spełniający wymogi norm AAMI; z nr seryjnym. W zestawie etui. Gwarancja na kalibrację min. 5 lat, na gruszkę, zawór oraz mankiet min. 1 rok.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | Mankiety do ciśnieniomierza z końcówką flexiport dla dzieci, wielokrotnego użytku. Mankiet o wymiarach 15-21 cm. Okres gwarancji min. 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 35 |  |  |  |  |  |
| 3. | Mankiety do ciśnieniomierza z końcówką flexiport dla niemowląt, wielokrotnego użytku. Mankiet o wymiarach 12-16 cm. Okres gwarancji min. 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 4. | Mankiety do ciśnieniomierza z końcówką flexiport dla osób dorosłych, wielokrotnego użytku. Obwód mankietu 25-34 cm. Okres gwarancji min. 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 35 |  |  |  |  |  |
| 5. | Mankiety do ciśnieniomierza z końcówką flexiport dla osób otyłych, wielokrotnego użytku. Obwód 32-43 cm. Okres gwarancji min. 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 6. | Gruszka do ciśnieniomierza, kompatybilna z aparatem DS 6601-189 Welch Allyn. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 3. Kapnografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Urządzenie przenośne, zasilane bateryjnie (wydajność urządzenia – minimum 9 godzin normalnej pracy). Urządzenie wodoodporne, posiadające opakowanie. Możliwość zastosowania u dorosłych / dzieci i niemowląt. Urządzenie dokonujące pomiaru końcowego – wydechowego stężenia dwutlenku węgla (EtCO2) i częstości oddechów. Ciągła krzywa kapnogramu umożliwia potwierdzenie poprawnego umiejscowienia rurki intubacyjnej. Alarmy dźwiękowe i graficzne ostrzegające o braku oddechu (bezdech). Alarm o wysokim i niskim poziomie (EtCO2). Alarm o stanie naładowania baterii. Alarm o braku lub niedrożności złączki. Zakres pomiaru CO2 minimum 0.2-95 mmHg 0.2—9.5 kpa. Zakres pomiaru RR 3 -150 bpm. Dokładność pomiaru CO2 0-40 mmHg +2 mmHg; 41-99 mmHg 0-5.3 kPa +0.3 kPa; 5.4-9.9 kPa. Temperatura pracy od -3 do 45° C. Temperatura przechowywania od -25 do 60° C. Waga (maksimum) 70 g (z bateriami). Dodatkowe wyposażenie: złączka dla dorosłych / dzieci - 10 sztuk, M złączka dla noworodków - 5 sztuk. Okres gwarancji - 24 miesiące. Dokonywanie w okresie gwarancji bezpłatnych przeglądów i bezpłatnych napraw zgodnych z instrukcją obsługi producenta. W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 4. Krzesełka kardiologiczne samojezdne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Konstrukcja wykonana z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozją. Siedzisko i oparcie wykonane z mocnego, miękkiego materiału typu winyl lub tworzywo ABS, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję. Krzesełko wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach, zawierające blokadę zabezpieczającą przed samoczynnym złożeniem. Regulowana wysokość uchwytu tylnego w min. 3 pozycjach; wyposażone w min. 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 obrotowe. Średnica tylnych kółek minimum 15 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. Zawierające szelkowe pasy zabezpieczające pacjenta oraz stopy. Dopuszczalne maksymalne obciążenie: minimum 180 kg. Waga: maksimum 14 kg tj. waga kompletnego, gotowego do użycia krzesełka. Paszport techniczny. Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych i normą. Okres gwarancji min. 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 5. Mankiety z manometrem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Mankiet z manometrem ( zakres ciśnienia od 0 do 300 mmHg) z wyraźną strefą graniczną zaznaczoną kolorem oraz gruszką z pokrętłem zaworu powietrza; wykonany z trwałego, łatwo zmywalnego materiału; o budowie zapewniającej widoczność toczonego płynu; z możliwością zawieszenia zestawu; z możliwością zastosowania płynu 500ml ; gwarancja min. 2 lata.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 6. Pulsoksymetry przenośne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Pulsoksymetr przenośny, z opakowaniemochronnym; opcja monitorowania pulsu;klips palcowy wielokrotnego użytku wraz zkablem (przedłużającym); cyfrowy wyświetlacz wartości SpO2 i tętna; 3-kolorowy wskaźnik perfuzji; zasilanie bateryjne lub akumulatorowe; czas pracy na jednym komplecie baterii lub akumulatorów zasilających aparat – min. 100 godz.; sygnalizacja o niskim poziomie baterii; możliwość współpracy z szeroką gamą czujników; wysoka odporność nauszkodzenia mechaniczne; temperaturapracy min.: -20 do +40°C; zakres pomiarutętna: min. 20-300/minutę; zakres pomiaruSpO2 do 100%. Spełniający normy EN 80601-2-61. Okres gwarancji minimum 24 miesiące (nie dotyczy czujników). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 12 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 7. Reduktory i dozowniki do tlenu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Butlowy reduktor z wbudowanym gniazdem AGA, praca do 200 atmosfer. Manometr zabezpieczony przed uszkodzeniem; obrotowy manometr ciśnienia wejściowego, który obraca się wokół własnej osi w zakresie 360°, spełniający normę: EN 10524 – 1.Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Butlowy reduktor wraz z przepływomierzem obrotowym; z wbudowanym gniazdem AGA; przepływ od 0 do co najmniej 15 l/min oraz z możliwością podłączenia bezpośrednio do dozownika wąsów lub maski tlenowej; pokrętło przepływomierza z tworzywa sztucznego, nie wystające poza korpus reduktora; praca do 200 atmosfer. Manometr zabezpieczony przed uszkodzeniem; obrotowy manometr ciśnienia wejściowego, który obraca się wokół własnej osi w zakresie 360°, wskaźnik nastawionego przepływu widoczny z przodu i z boku. Reduktor spełniający normę: EN 10524. Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przepływomierz tlenu, do gniazda ściennego typ AGA; z możliwością regulacji przepływu od 0 do co najmniej 15 l/min. oraz z możliwością podłączenia bezpośrednio do dozownika wąsów lub maski tlenowej za pomocą obrotowej końcówki; pokrętło przepływomierza z tworzywa sztucznego, wskaźnik nastawionego przepływu widoczny z przodu i z boku nie wystające poza korpus; spełniający normę: EN 10524 – 1.Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 8. Sprzęt diagnostyczno-transportowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kamizelka Kendricka, wykonana z nylonu;regulowane pasy mocujące, umożliwiające zastosowanie kamizelki u dzieci i u kobietciężarnych; pasy stabilizujące szyję oraz głowę; składana podkładka pod szyję,wodoodporna wraz z torbą transportową;spełniająca normę w tym zakresie. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nosze płachtowe, wykonane z materiału o wysokiej wytrzymałości, nie przyjmującego krwi, brudu ani materiałów ropopochodnych; łatwo zmywalnego; min. 8 uchwytów transportowych umieszczonych w obrysie płachty; w przeciwległych końcach kieszenie na głowę i stopy uniemożliwiające wysunięcie się pacjenta podczas transportu po pochyłych powierzchniach; udźwig: min. 350 kg; szerokość: 105 cm; długość: min. 200 cm. Nosze płachtowe wraz z torbą transportową. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Ssak mechaniczny - ssak ręczno – nożny waga ok. 1 kg, moc ssania - 70L/min (podciśnienie 0,8 bar); nieograniczona objętość zbiornika - w nagłych sytuacjach odsysanie można kontynuować gdy zawartość się przelewa; prosta konstrukcja; wszystkie elementy można sterylizować w autoklawie; objętość zbiornika na wydzielinę 600 ml; tabliczka znamionowa na ssaku. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 9. Sprzęt ratowniczy do transportu pacjentów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Nosze podbierające wykonane z wytrzymałego stopu aluminium. Materiał łopat – tworzywo sztuczne o dużej wytrzymałości, nosze z szorstkim podłożem. Konstrukcja zabezpieczona przed wnikaniem płynów i materiału zakaźnego. Wyposażone w system zamków zabezpieczających przed przypadkowym rozdzieleniem noszy, umieszczonych po zewnętrznej stronie ramy noszy. Wielostopniowa regulacja długości z blokadą położenia; możliwość złożenia do transportu. Zawierające min. 10 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia; min. 3 pasy zabezpieczające mocowanie pacjenta do noszy. Nośność co najmniej 159 kg. Okres gwarancji min. 24 miesiące.Parametr punktowany: Przenikliwe dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG głowy, kręgosłupa, miednicy TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Deska ortopedyczna dla dorosłych, wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości; Konstrukcja zabezpieczona przed wnikaniem płynów i materiału zakaźnego oraz odporna na środki myjące i dezynfekujące; przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG; Posiadająca minimum 12 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia; na obwodzie w otworach co najmniej 8 trzpieni przeznaczonych do mocowania pasów karabińczykami; Wyposażona w uniwersalny stabilizator głowy pacjenta oraz Minimum 4 pasy o regulowanej długości deski kodowane kolorami i mocowane do trzpieni karabińczykami;Dopuszczalne wymiary w cm (wysokość/szerokość/grubość): 182 (+/- 3) / 40 -46 / 4,8 (+/- 0,5); Waga 7 kg – 9,9 kg; Nośność co najmniej 200 kg; Zgodna z normą EN 1865-1:2010. Okres gwarancji min. 24 miesiące.Parametr punktowany: Co najmniej 10 trzpieni przeznaczonych do mocowania pasów karabińczykami TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 3. | Deska ortopedyczna pediatryczna przeznaczona do zabezpieczenia poszkodowanych do lat 10. Wyposażona w uniwersalny system pediatrycznego unieruchomienia głowy. Posiadająca minimum 4 zdystansowane od płaskiego podłoża uchwyty do przenoszenia; system kodowanych kolorami pasów zabezpieczających. Długość min. 120 cm. Dopuszczalne obciążenie maksymalne minimum 50 kg. Deska wyposażona w pokrowiec ochronny. Okres gwarancji min. 24 miesiące.Parametr punktowany: Przenikliwe dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG głowy, kręgosłupa, miednicy TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 3 pkt.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 10. Ssaki ręczne pistoletowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Ssak ręczny, przenośny, do doraźnego odsysania wydzielin, z możliwością odsysania z rurki intubacyjnej. Wyposażony w wielorazową rączkę z dźwignią, jednorazowy pojemnik na odsysaną treść o pojemności w zakresie 200 – 300 ml, rura ssąca z możliwością podłączenia poprzez łącznik cewnik j.u. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pakiet wymiennych akcesoriów: jednorazowy pojemnik z ewentualną przykrywką na odsysaną treść o pojemności w zakresie 200 – 300 ml, rura ssąca z możliwością podłączenia poprzez łącznik cewnik j.u. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 11. Stetoskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Stetoskop lekarski wyposażony w dwutonową membranę do osłuchiwania wysokich i niskich dźwięków (dwustronna głowica), z wysoką jakością akustyki, czułością, trwałością i komfortem użytkowania, z jednokanałowym przewodem, miękkimi samouszczelniającymi się oliwkami.Parametr punktowany: zapasowa membrana i oliwki: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 70 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 12. Termometry elektroniczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Termometr elektroniczny na podczerwień, bezdotykowy z pomiarem na czole i/lub skroni, pomiar temperatury w zakresie co najmniej 28-42 stopni Celsjusza, z wyświetlaczem LCD, łatwy w obsłudze, automatycznie wyłączający się, zasilany bateriami, sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru. W zestawie z termometrem etui, 2 baterie oraz instrukcja w języku polskim. Termometr zgodny z normą PN-EN ISO 80601-2-56:2017-10. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | Termometr elektroniczny na podczerwień z możliwością pomiaru temp. w uchu. Pomiar temperatury w zakresie co najmniej 28-42 stopni Celsjusza, z wyświetlaczem LCD, łatwy w obsłudze, automatycznie wyłączający się, zasilany bateriami, sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru. Termometr posiadający w zestawie etui ochronne, 2 baterie, min. 20 jednorazowych osłonek pomiarowych oraz instrukcja w języku polskim. Termometr zgodny znormą PN-EN ISO 80601-2-56:2017; EN 12470-5, EN 60601-1. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| 3. | Jednorazowa osłonka pomiarowa kompatybilna z termometrem z pozycji 2. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

 **Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**ZADANIE 13. Termometry lekarskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Termometr lekarski wodoszczelny, nie zawiera rtęci. Nadający się do dezynfekcji, posiadający etui, z pomiarem co najmniej w zakresie 28-42 ºC, z dokładnością pomiaru co najmniej 0,1 ºC, automatyczny sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru.Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)