**Załącznik nr 2 do SIWZ - (do oferty w wersji elektroniczne)**

**EZP/155/18**

**WYKAZ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**UWAGA DOTYCZY VATU**

**STAWKA PODATKU VAT NIE OBOWIĄZUJE Z TYTUŁU WEWNATRZWSPÓLNOTOWEGO NABYCIA TOWARÓW LUB WYKONAWCA NIE MA SIEDZIBY NA TERYTORIUM RP A OBOWIAZEK PODATKOWY CIĄŻY NA ZAMAWIAJĄCYM ( METODA ODROTNEGO OBCIAZENIA – REVERSE CHARGE**

# Pakiet nr 1

**Wadium 15,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Ustnik endoskopowy z paskiem mocującym** 22 mm x 27 mm, kompatybilny z bronchofiberoskopu EBUS firmy Olympus BF Type HC 180F (własność Zamawiającego). | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **Kompatybilność ustnika z bronchofiberoskopem EBUS firmy Olympus BF Type HC 180F (własność Zamawiającego)**   * tak – **40 pkt.**   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :Poz.1-1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 2

**Wadium 380,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestaw do przezskórnej tracheotomii** metodą Seldingera z jednostopniowym rozszerzadłem o kształcie "rogu nosorożca" z warstwą poślizgową o miękkim końcu i ergonomicznym uchwycie, zawierający: skalpel, strzykawkę 10ml, igłę 14Ga z kaniulą, prowadnicę Seldingera i prowadnik, krótkie rozszerzadło 14F, cewnik wprowadzający, jednostopniowe rozszerzadło, rurkę tracheostomijną z mankietem niskociśnieniowym i odsysaniem posiadającą samoblokujący się mandaryn z otworem na prowadnicę Seldingera, stożkowy prowadnik rurki z uchwytem, 2 kaniule wewnętrzne do rurki, gaziki, opaskę do rurki, szczoteczkę, jałowy żel poślizgowy 5g. Całość sterylna, pakowana na podwójnej tacy z serwetą. Rozmiary: 7mm, 8mm i 9mm. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | SUMA | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda** |
| 1 | **Rozmiary:**   * więcej niż 3 rozmiary, w tym 7,8,9 mm – **40 pkt.** * 7,8,9 mm – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 3

# Wadium 130,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Przenośny system infuzyjny**, w całości wolny od lateksu i DEHP, wykorzystujący zbiornik elastomerowy o objętości nominalnej 100 ml, prędkość przepływu 2 ml/h, z filtrem 5 um na linii infuzyjnej. Port do napełniania urządzenia na drenie, wyposażony w połączenie luer-lock zapewniające możliwość szczelnego podłączenia strzykawki i zabezpieczenia portu kapturkiem po wypełnieniu. System infuzyjny sprawdzony pod względem stabilności z 5-FU – wymaganie dołączenie badania stabilności przez laboratorium niezależne od producenta. Urządzenie pakowane pojedynczo, apirogenne. Do każdej pompy elastomerowej należy dostarczyć nieprzezroczysty futerał wraz z pasem, ułatwiający pacjentowi przechowywanie urządzenia w trakcie terapii | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **linia infuzyjna zakończona zdejmowalnym filtrem automatycznie usuwającym powietrze podczas napełniania urządzenia**   * tak – **20 pkt.** * nie – **0 pkt.** |  |
| 2 | **opakowanie infuzora**   * tak- sztywne typu blister – **20 pkt.** * Nie - inne – **0 pkt.** |  |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 4

# Wadium 205,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Przenośny system infuzyjny**, w całości wolny od lateksu i DEHP, wykorzystujący zbiornik elastomerowy o objętości nominalnej 275 ml**. Prędkość przepływu 4 ml/h**. Z filtrem 5um na linii infuzyjnej. Port do napełniania urządzenia na drenie, wyposażony w połaczenie luer-lock zapewniajace możliwość szczelnego podłączenia strzykawki i zabezpieczenia portu kapturkiem po wypełnieniu. System infuzyjny sprawdzony pod kątem stabilności z ropiwakainą lub bupiwakainą (należy dołączyć do oferty badanie stabilności). Urządzenie pakowane pojedyńczo, apirogenne. Do każdej pompy elastomerowej Oferent dostarcza nieprzezroczysty futerał wraz z pasem, ułatwiający Pacjentowi przechowywanie urządzenia w trakcie terapii. Linia infuzyjna zakończona zdejmowanym filtrem automatycznie usuwającym poietrze podczas napełniania urządzenia, zapobiega wyciekowi leku. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Przenośny system infuzyjny**, w całości wolny od lateksu i DEHP, wykorzystujący zbiornik elastomerowy o objętości nominalnej 275 ml. **Prędkość przepływu regulowana 0-2-4-6-8-10-12-14 ml/h.** Z filtrem 5um na linii infuzyjnej. Port do napełniania urządzenia na drenie, wyposażony w połaczenie luer-lock zapewniajace możliwość szczelnego podłączenia strzykawki i zabezpieczenia portu kapturkiem po wypełnieniu. System infuzyjny sprawdzony pod kątem stabilności z ropiwakainą lub bupiwakainą (należy dołączyć do oferty badanie stabilności). Urządzenie pakowane pojedyńczo, apirogenne. Do każdej pompy elastomerowej Oferent dostarcza nieprzezroczysty futerał wraz z pasem, ułatwiający Pacjentowi przechowywanie urządzenia w trakcie terapii. Linia infuzyjna zakończona zdejmowanym filtrem automatycznie usuwającym poietrze podczas napełniania urządzenia, zapobiega wyciekowi leku. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **linia infuzyjna zakończona zdejmowalnym filtrem automatycznie usuwającym powietrze podczas napełniania urządzenia**   * tak – **20 pkt.** * nie – **0 pkt.** |  |
| 2 | **opakowanie infuzora**   * tak- sztywne typu blister – **20 pkt.** * nie- inne – **0 pkt.** |  |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.1 - 1 szt.

Poz.2-1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 5

# Wadium 55,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Łącznik strzykawkowy** jałowy, połączenie luer-lock. | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **końcówka żeńsko-żeńska:**   * tak – 15 pkt.   nie – 0 pkt. |
| 2. | **obecność skrzydełek stabilizujących**   * tak – 15 pkt.   nie – 0 pkt. |
| 3. | **materiały wykonania**   * przezroczysty – 10 pkt.   nieprzezroczysty – 0 pkt. |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 6

# Wadium 320,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestaw do żywienia dojelitowego do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu kroplowego (metoda grawitacyjna). Zestaw składa się z łącznika w systemie ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, komory kroplowej, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit™ typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo.**.** | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Zestaw do żywienia dojelitowego do połączenia opakowania diety (butelek 500 ml i 200 ml)** ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu kroplowego (wersja grawitacyjna). Zestaw składa się z łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, filtra powietrza, komory kroplowej, zacisku rolkowego, portu medycznegow systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku. | 720 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Zestaw do żywienia dojelitowego służący do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłęgo wlewu przy pomocy pompy Flocare 800 (własność Zamawiajacego);. Zestaw składa się z łącznika w systemie ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, komory kroplowej zakończonej silikonowym łącznikiem do pompy Flocare 800, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Zestaw do żywienia dojelitowego do połączenia opakowania diety (butelek 500 ml i 200 ml)** ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu przy pomocy pompy Flocare 800 (własność Zamawiającego); Zestaw składa się z łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, filtra powietrza, komory kroplowej zakończonej silikonowym łącznikiem do pompy Flocare 800, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku.. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Worek na dietę z zestawem o pojemności 1,3 l, umożliwiający podaż diety przemysłowej lub innej mieszaniny odżywczej metodą ciągłego wlewu kroplowego.** Worek z zestawem składa się z worka o pojemności 1,3 l z podziałką podaną w ml, zamykanego od góry korkiem, komory kroplowej, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu.Worek wykonany z kopolimeru etylenu i octanu winylu (EVA), z przewodem zestawu wykonanym z PVC. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo.. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **Worek na dietę z zestawem o pojemności 1,3 l, umożliwiający podaż diety przemysłowej lub innej mieszaniny odżywczej metodą ciągłego wlewu kroplowego przy pomocy pompy Flocare 800 (własność Zamawiającego);** kompatybilny z pompą Flocare 800. Worek z zestawem składa się z worka o pojemności 1,3 l z podziałką podaną w ml, zamykanego od góry korkiem, komory kroplowej zakończonej silikonowym łącznikiem do pompy Flocare 800, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej. Worek wykonany z kopolimeru etylenu i octanu winylu (EVA), z przewodem zestawu wykonanym z PVC. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **opakowanie gwarantujące sterylność przez 36 miesięcy (poz.1-6) – Wykonawca poda w ofercie**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |
| 2 | **kompatybilność z pompą Flocare 800 (własność Zamawiającego) (poz. 3,4,6)**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.3- 2 szt.

Poz.4-2 szt.

Poz.6-2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 7

# Wadium 140,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestaw do żywienia dojelitowego do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu za pomocą pompy Flocare Infinity (własność Zamawiającego). Zestaw składa się z łącznika ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, komory kroplowej, kasetki zestawu do pompy Flocare Infinity, portu medycznego w systemie ENFit do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestaw do żywienia dojelitowego do połączenia butelki (butelki 500 ml i 200 ml)** z dietą ze zgłębinkiem w systemie ENFit umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu za pomocą pompy Flocare Infinity (własność Zamawiającego). Zestaw składa się z łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, filtra powietrza, komory kroplowej, kasetki zestawu do pompy Flocare Infinity, portu medycznego w systemie ENFit do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku. | 720 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **opakowanie gwarantujące sterylność przez 36 miesięcy (poz.1,2)- Wykonawca poda w ofercie**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |
| 2 | **kompatybilność z pompą Flocare Infinity (własność Zamawiającego) (poz. 1,2)**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.1- 2 szt.

Poz.2-2 szt.

.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 8

# Wadium 785,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestaw uniwersalny do żywienia dojelitowego służący do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** lub butelki z dietą ze zgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu przy pomocy pompy Flocare 800 (własność Zamawiającego); kompatybilny z pompą Flocare 800. Zestaw składa się z łącznika w systemie ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, komory kroplowej zakończonej silikonowym łącznikiem do pompy Flocare 800, zacisku rolkowego, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestaw uniwersalny do żywienia dojelitowego służący do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** lub butelki z dietą ze zgłębnikiem w systemie ENFit™, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu przy pomocy pompy Flocare Infinity. Zestaw składa się z łącznika ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, komory kroplowej, kasetki zestawu do pompy Flocare Infinity, portu medycznego ENFit do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku. | 4 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Zestaw uniwersalny do żywienia dojelitowego służący do połączenia worka z dietą (opakowanie miękkie typu Pack)** lub butelki z dietą zezgłębnikiem w systemie ENFit, umożliwiający żywienie pacjenta metodą ciągłego wlewu kroplowego (metoda grawitacyjna). Zestaw składa się z łącznika w systemie ENPlus (z nasadką ochronną) do worka, łącznika do butelek o średnicy 26 mm oraz 40 mm, komory kroplowej, portu medycznego w systemie ENFit typu "Y" do podawania leków i płukania końcówki zestawu oraz nasadki ochronnej przejściowego łącznika zestawu. Zestaw nie zawiera DEHP, nie zawiera lateksu, pakowany pojedynczo. Opakowanie zawiera części luzem, w tym plastikowy koszyczek do zawieszania butelki na stojaku. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **opakowanie gwarantujące sterylność przez 36 miesięcy (poz.1,2)- Wykonawca poda w ofercie**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |
| 2 | **kompatybilność z pompą Flocare 800 (poz. 1) i Flocare Infinity (poz. 2) (własność Zamawiającego)**   * tak – **20 pkt**.   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.1- 2 szt.

Poz.2-2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 9

# Wadium 185,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zgłębnik PUR z prowadnicą – łącznikiem w systemie ENFIT,** dostępne rozmiary: **CH 6/60 cm; CH 8/110 cm; CH 10/110 cm; CH 12/110 cm.** Zgłębnik przeznaczony dożywienia dożołądkowego lub dojelitowego, bezpieczny, łatwy do założenia, cienki, łączy się z opakowaniem diety przez zestawy Flocare, wykonany z miękkiego, przezroczystego poliuretanu, z podziałką centymetrową ułatwiającą kontrolowanie długości wprowadzonego zgłębnika, z prowadnicą ułatwiającą zakładanie (prowadnica pokryta silikonem, z kulkową końcówką i żeńskim łącznikiem), z linią kontrastującą w promieniach RTG. Końcówka zgłębnika z dwoma bocznymi otworami i jednym głównym otworem kończącym zgłębnik. | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zgłębnik przeznaczony do żywienia dożołądkowego**, wykonany z poliuretanu, o rozmiarze CH10/130cm. W komplecie z prowadnicą zakończoną kulkową końcówką. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Zgłębnik do żywienia bezpośrednio do jelita lub dwunastnicy**, zakończony spiralą, tworzącą w jelicie pętle mocującą (typu Bengmark). W komplecie z prowadnicą zakończoną kulkową końcówka. Rozmiar CH10/145 cm.. | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda** |
| 1 | **Okres stosowania u pacjenta do 6 tygodni**   * do 6 tygodni – **40 pkt.** * krótszy niż 6 tyg. – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 10

# Wadium 75,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zgłębnik gastrostomijny**, który może zostać założony w czasie operacji lub może być zamiennikiem już założonego. Wykonany z miękkiego silikonu. Na zgłębniku obecna centymetrowa podziałka. Część zgłębnika znajdująca się na balonie posiada pasmo widoczne w promieniach RTG. Na końcu zgłębnika obecne dwa boczne otwory. Zgłębnik wolny od DEHP. Dostępne rozmiary Ch 14, Ch 18, Ch 20. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zgłębnik do żywienia pacjentów bezpośrednio do jelita czczego lub dwunastnicy** poprzez wytworzoną gastrostomię, zgłębnik ze spiralą w systemie Bengmark. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **łatwy w założeniu i wymianie – nie wymaga endoskopu – może być wymieniony w domu**   * tak – **40 pkt**. * nie – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 11

# Wadium 790,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Strzykawka enteralna 10 ml** z końcówką typu EnFit, centryczna, do podawania diety dojelitowej. | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Strzykawka enteralna 60 ml** z końcówką typu EnFit do podawania diety dojelitowej. | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **kolor strzykawki jednoznacznie odróżniający od strzykawek do podania leków drogą pozajelitową**   * tak – **40 pkt**.   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.1- 2 szt.

Poz.2-2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 12

# Wadium 85,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zgłębnik gastrostomijny** zakładany techniką „pull” do długotrwałego żywienia dożołądkowego (powyżej 30 dni). W skład zgłębnika wchodzą:   * uniwersalny poliuretanowy łącznik umożliwiający połączenie z zestawem do żywienia * poliuretanowy zgłębnik długości 40cm, z linią kontrastującą w promienach RTG, z nadrukowanym rozmiarem * silikonowa płytka zewnętrzna do umocowania zgłębnika do powłok brzusznych oraz silikonowa płytka wewnętrzna * rozmiary CH10, CH14,CH18   W zestawie: skalpel jednorazowy, igła punkcyjna z trokarem oraz nić trakcyjna do przeciągnięcia zgłębnika.  Dostępne rozmiary Ch10, Ch14, Ch18.  Sterylizowany, pakowany pojedyczno w folię. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK albo NIE** |
| 1 | **obecność zacisku do regulacji przepływu oraz zacisk zabiezpieczający utrzymanie odpowiedniej pozycji zgłębnika**   * tak – **40 pkt**. * nie – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 13

# Wadium 55,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Worek z folii chroniącej lek przed światłem**,(wykluczony kolor czarny) wyposażony w otwór umożliwiający zawieszenie zestawu infuzyjnego na wieszaku, o wymiarach: szer. 20 cm, dł. 30 cm, | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **Wymiary:**  szer. 20 cm, dł. 30 cm, -**0 pkt.**  powyżej szer. 20 cm, powyżej dł. 30 cm, -**40 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 14

# Wadium 25,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Łącznik urologiczny:** z jedną końcówką lejkowatą (do worka na wydzielinę) z drugą końcówką luer męską (do cewnika). | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **średnica wewnętrzna łącznika**   * poniżej lub równe 3,5 mm – 4**0 pkt**. * Powyżej 3,5 mm – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 15

# Wadium 190,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Jednorazowych układów pacjenta do respiratorów Hamilton Medical AG**   * układ pacjenta jednorazowy dla dzieci i dorosłych typu rura w rurze (*coaxia*l) wraz z zamontowanym fabrycznie czujnikiem przepływu kompatybilnym z respiratorami Hamilton (jedno opakowanie). * Długość układu 180 cm * średnice czujnika przepływu: 15 mm od strony respiratora i 22 w kierunku pacjenta, bez zastosowania dodatkowych łączników, adapterów w trakcie wentylacji.   zakres temp. pracy od:-15 do +50 ˚C | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda** |
| 1 | **długość układu pacjenta**   * powyżej 180 cm – 20 pkt. * 180 cm – 0 pkt. |  |
| 2. | **obecność łącznika kalibracyjnego w zestawie:**   * tak – 20 pkt.   nie – 0 pkt. |  |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 16

# Wadium 30,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Cewnik centralny silikonowy, radiocieniujacy, jednokanałowy**, z końcem otwartym, operacyjny, średnice: 9,6 FR i dług 90cm, średnica wew. 1,6mm; z mankietem SureCuff, z zestawem do wprowadzania i introduktorem typu Peel-Apart, zabezpieczony podwójnym sterylnym opakowaniem | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda** |
| 1 | **dezynfekcja cewnika za pomocą jodopowidonu**   * tak – 40 pkt. * nie – 0 pkt. |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 17

# Wadium 30,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Urządzenie do treningu oddechowego**, pozwalające na samodzielne, bezpieczne ćwiczenie poszczególnych faz oddechowych, wykonane z przezroczystego tworzywa ułatwiającego choremu obserwację efektów postępowania. Wykalibrowane w minimum trzech objętościach, łatwy do oceny przez chorego. Winno zawierać wygodny ustnik z karbowaną rurką połączoną przez filtr z komorami wydechowymi. Wskazuje objętość wdychanego powietrza za pomocą trzech kulek pokazujących przepływ: 600/900/1200 cm³/sek.Powinno być lekkie, stabilne, ergonomiczne i w kolorach motywujących do częstych ćwiczeń bez dodatkowej zachęty. | 400 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda** |
| 1 | **materiał wykonania:**   * PVC – **20 pkt.** * inny – **0 pkt.** |  |
| 2 | **kalibracja urządzenia:**   * na 3 objętości wdychanego powietrza – **20 pkt.**   na więcej objętości wydychanego powietrza **– 0 pkt.** |  |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 18

# Wadium 75,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Igła transferowa, przepływowa** (przyrząd do mieszania leków). | 11 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **długość kolcy biorczych**   * 30 mm **– 40 pkt.**   powyżej 30 mm **– 0 pkt** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 19

# Wadium 135,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Fartuch zabiegowy, jednorazowego użytku,** z włókniny, laminowany z przodu, z mankietami bawełnianymi, ściągaczowymi. Rozmiar L. | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **obecność nieprzemakalnych części fartucha**   * całe rękawy laminowane – **40 pkt.**   laminowane wstawki w rękawach – **0 pkt** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 20

# Wadium 25,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Fartuch z folii** (do chirurgicznego mycia rąk). | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1 | **możliwość docięcia**   * tak – **40 pkt.**   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 21

# Wadium 15,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Cewnik Pezzera**, z 3-4 otworami odbarczającymi. dł. min 40 cm, sterylizowany radiacyjnie. Rozmiary od 18 do 32 CH, co dwie jednostki | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1. | **materiał wykonania- WYKONAWCA PODA W OFERCIE**   * lateks silikonowany – **20 pkt.**   inny materiał – **0 pkt.** |
| 2. | **możliwość łatwego i szybkiego (sprawnego) otwarcia**   * tak – **20 pkt.**   nie – **0 pkt.** |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 22

# Wadium 1.830,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Rękawice chirurgiczne sterylne, lateksowe, bezpudrowe**. Kolor: biało-kremowy; naturalnego lateksu.  Mankiet: rolowany. Poziom białek lateksowych: poniżej 10μg/g. AQL: 0,65. Pewny chwyt dzięki specjalnej warstwie antypoślizgowej na całej powierzchni rękawicy. Kształt rękawicy dopasowany do anatomii rąk, place lekko zagięte, prawidłowe przyleganie rękawicy, polimerowane od strony wewnętrznej, odporne na przenikanie wirusów, odporne na przenikanie substancji chemicznych, odporne na przenikanie cytostatyków.  Rękawice pakowane podwójnie – opakowanie wewnętrzne papierowe z oznaczeniem rozmiaru rękawicy oraz rozróżnieniem lewej i prawej dłoni, opakowanie zewnętrzne folia. Długość min. rękawicy 278 mm, Grubości: palec: 0,21mm, dłoń 0,18, mankiet 0,16mm. | 50000  op. x 2 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Rękawice chirurgiczne, lateksowe, bezpudrowe w systemie podwójnego rękawiczkowania**. Dwie pary rękawic w opakowaniu: rękawica spodnia w kolorze zielonym i rękawica wierzchnia w kolorze naturalnego lateksu dla lepszej kontroli przekłucia rękawic. Mankiet: rolowany, biskwitowe wykończenie, bezpudrowe, zawartość pozostałości pudru poniżej 2 mg na rękawicę, Niski poziom białek lateksowych: poniżej 50μg/dm2, obydwie pary rękawic polimerowane obustronnie, AQL: 0,65. Pewny chwyt dzięki specjalnej warstwie antypoślizgowej na całej powierzchni rękawicy wierzchniej; rękawica spodnia ultracienka, polimerowana od strony wewnętrznej, powierzchnia zewnętrzna gładka. Kształt rękawicy dopasowany do anatomii rąk, place lekko zagięte, prawidłowe przyleganie rękawicy. Rękawice odporne na przenikanie wirusów, odporne na przenikanie substancji chemicznych, odporne na przenikanie cytostatyków, Rękawice pakowane podwójnie – opakowanie zawiera dwie pary rękawic: rękawice wierzchnie w rozmiarze takim jak nadrukowany na opakowaniu oraz rękawice spodnie pół rozmiaru większe od rozmiaru podanym na opakowaniu. Rękawice pakowane podwójnie: opakowania wewnętrzne papierowe z oznaczeniem rozmiaru rękawicy, rozróżnieniem lewej i prawej dłoni oraz oznaczeniem kolejności nakładania rękawic, opakowanie zewnętrzne folia. Grubości rękawic: palec-rękawice spodnia 0,18 ±0.03, rękawica wierzchnia 0,21 ±0.02, dłoń – rękawice spodnia 0,10 mm, rękawica wierzchnia 0,17 ±0.02, mankiet-rękawice spodnia 0,10 mm, rękawica wierzchnia 0,16 ±0.02. | 25 000  op. x 4 szt. |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK ALBO NIE** |
| 1. | **dostępność wszystkich rozmiarów w zakresie:**   * 5,5-9,0 – **20 pkt.** * 6,0-8,0 – **0 pkt.** |  |
| 2. | **oznakowanie opakowania jednostkowego: nazwa rękawic, rozmiar, data produkcji, numer serii, producent**   * tak – **20 pkt.** * nie – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 23

# Wadium 510,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Rękawice diagnostyczne nitrylowe o obniżonej grubości.** Grubość na palcu 0,08 mm, dłoni 0,07mm, mankiecie 0,06 mm. Rolowany mankiet, teksturowane tylko na palcach, kolor niebieski, polimerowane od strony roboczej, chlorowane od wewnątrz, długość min. 240 mm. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Odporne na przenikalność substancji co najmniej 10 substancji chemicznych na co najmniej 2 poziomie ochrony potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej od producenta oraz oryginalnym nadrukiem substancji i poziomów ochrony na opakowaniu. Dopuszczone do kontaktu z żywnością potwierdzone piktogramami na opakowaniu. Pozbawione tiuramów oraz MBT potwierdzone badaniami HPLC z jednostki niezależnej. Rozmiar kodowany kolorystycznie na opakowaniu. | 500 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK ALBO NIE** |
| 1. | **podział kolorystyczny opakowania w zależności od rozmiaru**   * tak – **20 pkt.** * nie – **0 pkt.** |  |
| 2. | **nadruk rozmiaru, daty produkcji, numeru serii oraz producenta na opakowaniu jednostkowym**   * tak – **20 pkt.** * nie – **0 pkt.** |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 24

# Wadium 3.505,00 zł

**Materiały eksploatacyjne jednorazowego użytku do wykonywania ciągłych konwekcyjno-dyfuzyjnych terapii nerkozastępczych oraz plazmaferez na**

**bazie systemu MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestawy do ciągłej, żylno-żylnej hemodiafiltracji** skaładające się z jałowych zapakowanych osobno następujących elementów: hemofiltra z polisulfonową błoną półprzepuszczalną o powierzchni dyfuzyjnej 1,4 m2; kasety integrującej dreny krwi z drenem filtracyjnym wraz z akcesoriami do wypełniania i płukania układu; drenu substytucyjnego z przyłączami wlotowymi typu Safe Lock, zbiornikiem podgrzewacza, zaworem zwrotnym i przyłączem wylotowym typu Luer (męski); drenu dializatu, z przyłączami wlotowymi typu Safe Lock, zbiorikiem podgrzewacza, zaworem zwrotnym i przyłączem wylotowym typu Hansen. | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestwy do ciągłej, żylno-żylnej dializy z regionalną antykoagulacją cytrynianową** skaładające się z jałowych zapakowanych osobno następujących elementów: hemofiltra z polisulfonową błoną półprzepuszczalną o powierzchni dyfuzyjnej 1,8m2; zmodyfikowanej kasety integrującej dreny krwi z drenem filtracyjnym wraz z akcesoriami do wypełniania i płukania układu, zintegrowanymi drenami cytrynianu i wapnia; drenu dializatu, z przyłączami wlotowymi typu Safe Lock, zbiornikiem podgrzewacza, zaworem zwrotnym i przyłączem wylotowym typu Hansen. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Worki na filtrat** 10L z zaworem spustowym. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Igły plastikowe** w systemie Spike o długości 72mm. | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK ALBO NIE** |
| 1. | **kompatybilność wszystkich pozycji z** **systemem MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care (własność Zamawiającego)**   * tak – 40 pkt. * nie – 0 pkt. |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 25

# Wadium 3.385,00 zł

**Materiały eksploatacyjne jednorazowego użytku do wykonywania ciągłych konwekcyjno-dyfuzyjnych terapii nerkozastępczych oraz plazmaferez na bazie**

**systemu MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Zestawy do ciągłej hemodializy z regionalną antykoagulacją cytrynianową dla pacjentów we wstrząsie septycznym** składające się z jałowych, pakowanych osobno następujących elementów:   * zmodyfikowanej kasety integrującej 5 drenów: tętniczy, żylny, filtratu, cytrynianu (z końcówką Safe Lock ), roztworu wapnia (z igłą „spike” z napowietrzaniem); * hemofiltra z polisulfonową błoną półprzepuszczalną o punkcie odcięcia 40-45kD o pow. dyfuzyjnej 1,8m2;   drenu dializatu | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestaw do ciągłej hemodiafiltracji postdylucyjnej z regionalną antykoagulacją cytrynianową.**  W skład zestawu wchodzi:   * hemofiltr * zmodyfikowana kaseta integrująca 5 drenów: tętniczy, żylny, filtratu, cytrynianu (z końcówką Safe Lock), roztworu wapnia (z igłą „spike” z napowietrzaniem) * dren dializatu z przyłączem w systemie Hansen   dreny substytutu z przyłączem typu Luer-lock | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Rozdzielacz** 2x4 | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **46,7% cytrynian sodu** do wypełniania kanałów cewnika dializacyjnego/centralnego, w ampułkach 5ml. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Dwukanałowe silikonowe cewniki do hemofiltracji** o średnicy 11,5/13,5Fr (do wyboru) w zestawach, z podłączonym w kanale żylnym przelotowym mandarynem z końcówkami typu Luer o dł.15cm, 20cm, 24cm. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | **4% cytrynian sodu** w workach 1 500ml. | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK ALBO NIE** |
| 1. | **kompatybilność wszystkich pozycji z** **systemem MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care (własność Zamawiającego)**   * tak – 40 pkt. * nie – 0 pkt. |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 26

# Wadium 2.875,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Płyny substytucyjne buforowane wodorowęglanem do hemofiltracji i hemodiafiltracji żylno** **– żylnej** z możliwością kompatybilnego połączenia z setami (zestawami) do aparatów typu Fresenius Medical Care oraz aparatu Edward Lifesciens typ Aquarius. Warunkiem jest posiadanie specyficznego łącznika dostarczonego przez firmę. Ilość łączników równa ilości worków z płynem.  Płyny te muszą charakteryzować się następującymi cechami:  stężenie elektrolitów wynosi:   * sód – 140 mmol/l * potas – 0/2/3/4 mmol/l * wapń – 1,5 mmol/l * magnez – 0,5 mmol/l * wodorowęglan – 35 mmol/l * stężenie glukozy – 1 g/l   Opakowanie:  Worek dwukomorowy 5 litrów, jałowy (podwójne opakowanie z folii wielowarstwowej, wolne od PCV), końcówka wylotowa typu „Luer Safe Loc” meska, 2 porty (po jednym do każdej komory) do wstrzykiwania leków, elektrolitów modyfikujących skład płynu. | 2 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Wodorowęglanowy dializat**  **w dwukomorowych workach** o pojemności 5,0 l niezbędny do wykonywania ciągłych konwekcyjno – dyfuzyjnych terapii nerkozastępczych oraz plazmaferez na bazie systemu Multifiltrate firmy Fresenius Medical Care. Jest to bezwapniowy, niskosodowy dializat buforowany dwuwęglanem 20 mmol/l z potasem 2/4 w zależności od potrzeb w dwukomorowych workach o pojemności 5,0 l i następującym składzie elektrolitowym:   * sód – 133 mmol/l * potas – 2/4 mmol/l (w zależności od potrzeb) * wapń – 0,0 mmol/l * magnez – 0,75 mmol/l   dwuwęglany – 20 mmol/l | 4 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** | **Wykonawca poda TAK ALBO NIE** |
| 1. | **kompatybilność wszystkich pozycji z** **systemem MULTIFILTRATE firmy Fresenius Medical Care (własność Zamawiającego)**   * tak – 40 pkt. * nie – 0 pkt. |  |

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 27

# Wadium 32,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Pokrowce foliowe** na obuwie. | 35 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Pokrowce włókninowe** do zabezpieczania obuwia w czystych pomieszczeniach, rozmiar L | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1. | **obecność taśmy antypoślizowej (poz. 2)**   * tak – 40 pkt.   nie – 0 pkt. |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 28

# Wadium 1.800,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Igła do aspiracji szpiku kostnego 16Ga/68 i 16Ga/75-100cm,** wyposażona w ostrą kaniulę z mandrynem, z nastawną głębokością z użyciem ogranicznika, posiadająca ergonomiczną masywną rękojeść typu młotek o antypoślizgwej nawierzchni, obecna zatyczka typu Luer, osłona zabezpieczająca ostrze igły; odporna na złamania i zgniecenia | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Igła do trepanobiopsji 11Ga x 4,** wyposażona w kaniulę ekstrakcyjną zwężającą się ku dołowi, mandryn zakończony ściętym ostrzem, posiadająca ergonomiczną masywną rękojeść typu młotek o antypoślizgwej nawierzchni i wpychacz biopatu ze znacznikiem głębokości oraz chwytacz biopatu. Obecna zatyczka typu Luer, osłona zabezpieczająca ostrze igły. Igła odporna na złamania i zgniecenia. | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Igła biopsyjna do zbierania szpiku z otworami bocznymi, 11Ga x 4,** wyposażona w obustronnie zaostrzony mandryn, uchwyt zaopatrzony w mechanizm zapadkowy, duże boczne otwory; posiadająca ergonomiczną masywną rękojeść typu młotek o antypoślizgwej nawierzchni. Igła odporna na złamania i zgniecenia, z otworami bocznymi i bez otworów bocznych. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1. | **obecność osłony zabezpieczająca ostrze igły (poz. 1-2)**   * tak – 20 pkt.   nie – 0 pkt. |
| 2. | **odporna na złamania i zgniecenia**   * tak – 20 pkt.   nie – 0 pkt. |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości :

Poz.1-1 szt,

Poz.2-1 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 29

# Wadium 20,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Jednorazowa igła do ostrzykiwań wrzodów żołądka** 230 mm, średnica osłonki 2,4 mm, wysokiej jakości stal nierdzewna, teflonowa osłona odporna na złamania i zagięcia, mechanizm blokujący, słyszalne kliknięcie, odpowiedni kąt ścięcia. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1. | **słyszalne kliknięcie przy mechanizmie blokującym**   * tak – 40 pkt.   nie – 0 pkt. |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

# Pakiet nr 30

# Wadium 55,00 zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość szt.** | **Cena jedn. brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto**  **Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP****)*** | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Stawka podatku**  **VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada)**  **ilość sztuk w opakowaniu** |
| 1, | **Igła z filtrem** zintegrowanym 5 μm , który ma zapobiegać aspiracji drobin szkła. Końcówka igły ścięta podkątem 45 ′ i wypolerowana. | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxx | xxxxx |  | xxxxxxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxx | Xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kryteria i sposób oceny** |
| 1. | **końcówka igły ścięta pod kątem 45 stopni i wypolerowana**   * tak – 40 pkt.   nie – 0 pkt. |

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości : 2 szt.

**Dostarczone próbki przekazane do przetestowania przez użytkownika celem wydania opinii w zawiązku z czym nie podlegają zwrotowi**

**.................................................**

**podpis Wykonawcy**

**Pakiet nr 31**

**Wadium: 495,00 zł**

**Szwy niewchłanialne, plecione, powlekane, poliestrowe – powlekane silikonem.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | igła | | | | nić | | uwagi | ilość sztuk | Cena jedn. brutto  Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto | Wartość pozycji brutto  Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP | **Cena jednostkowa bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | **Wartość bez podatku VAT**  *Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP* | producent/ nazwa handlowa/ kod/ ilość sztuk w opakowaniu |
| średnica (microns) | kształt | wielkość (mm) | rodzaj | grubość | długość (cm) |
| 1. | - | - | - | - | 4/0 | 12 x 45 | - | 180 |  |  |  |  |  |
| 2. | - | - | - | - | 1 | 250 | na rolce | 225 |  |  |  |  |  |
| 3. | - | 1/2 koła | 16 | okrągła podwójna | 3/0 | 90 | - | 67 |  |  |  |  |  |
| 4. | - | 1/2 koła | 25 | okrągła podwójna | 2/0 | 90 | - | 67 |  |  |  |  |  |
| 5. | - | 1/2 koła | 30 | okrągła | 0 | 75 | - | 135 |  |  |  |  |  |
| 6. | - | 1/2 koła | 48 | okrągła | 1 | 75 | - | 135 |  |  |  |  |  |
| 7. | - | 1/2 koła | 40-45 | okrągła przyostrzona | 2 | 5 x 75 | - | 675 |  |  |  |  |  |
| 8. | - | 1/2 koła | 48-50 | okrągła przyostrzona | 5 | 4 x 75 | - | 225 |  |  |  |  |  |
| 9. | - | 3/8 koła | 77 | odwrotnie tnąca podwójna | 5 | 75 | - | 37 |  |  |  |  |  |
| 10. | - | 1/2 koła | 57 | odwrotnie tnąca gruba wzmocniona | 5 | 75 | - | 37 |  |  |  |  |  |
| 11. | - | - | - | pętla podwiązkowa | 2/0 | 52 | - | 9 |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | | | | | | | | xxxxxxx |  | xxxxxxx |  | xxxxxxxxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) …………………………………………………………..……..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

Stawka podatku VATdla wykonawcówz terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów ………………………………………………………………………..………

**Kryteria oceny jakości:**

**igła: 20,00 pkt**

- łatwość penetracji tkanki

-odporność na odkształcenie

-możliwość pewnego osadzenia igły w imadle

-trwałe połączenie igły i nitki

**szew: 20,00 pkt**

-łatwość przechodzenia nitki przez tkankę

-odporność nitki na zrywanie

-łatwość sprowadzenia węzła (nitka „nie zacina się” podczas sprowadzania węzła)

-stabilność założonego węzła (węzeł nie rozwiązuje się)

W związku z kryterium oceny Wykonawca dostarczy próbki w ilości:

Poz. nr 1 - 3 szt.

Poz. nr 2 - 3 szt.

Poz. nr 3 - 3 szt.

Poz. nr 4 - 3 szt.

Poz. nr 5 - 3 szt.

Poz. nr 6 - 3 szt.

Poz. nr 7 - 3 szt.

Poz. nr 8 - 3 szt.

Poz. nr 9 - 3 szt.

Poz. nr 10 - 3 szt.

Poz. nr 11-3 szt.

**Dostarczone próbki są przekazane do przetestowania przez użytkownika w celu wydania opinii .Nie podlegają zwrotowi.**

**……………………….**

**Podpis Wykonawcy**

**Załącznik nr 2A,**

**EZP/155/18 – (do oferty w wersji elektronicznej)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego

61-848 Poznań, ul. Długa ½

Dział Zamówień Publicznych

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -31 pakietów**

Termin wykonania zamówienia:**12 miesięcy**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

**adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 1 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr …….bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ....................................................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie..........................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

**5. Termin dostawy max - 3 dni** **robocze** (wpisać jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje, że termin dostawy wynosi 3 dni, podać w dniach,)…………

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

7. W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

8. Lista załączników:………………..

**Itd.**

**………………………. ……………………………………**

**Data Podpisy i pieczątka Wykonawcy**

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia Wykonawcy**

**Załącznik nr 4**

**EZP/155/18**

**Wykonawca dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**………………………..**

data

**Dotyczy postępowania na:**

**zakup (dostawa) wyrobów medycznych jednorazowego użytku -31 pakietów .**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

………………….

Podpis i pieczątka Wykonawcy

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/155/18**

***Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego***

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie……………………………………………………………………………;

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 6 (Wykonawca dołączy do oferty w formie elektronicznej)**

**EZP/155/18**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

…………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)