**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**FORMULARZ CENOWY**

**Część 1. Fartuchy medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Fartuch medyczny, niesterylny, wykonany z włókniny podfoliowanej PP+PE. Gramatura min.: 30 g/m². Rękaw wykończony gumką lub elastycznymi mankietami dzianinowymi. Fartuch spełniający wymagania normy PN EN 13795 (lub równoważnej). Opakowanie a`10 sztuk. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 3 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **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)

**Część 2. Kaski ochronne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kask ochronny spełniający wymagania normy PN-EN 14052+A1:2013-04 (lub normy równoważnej), wykonany z tworzywa P.P. Polipropylenu lub ABS, z wbudowanym systemem wentylacji, kolor czerwony. Kask wyłożony wyściółką. Z szerokim zakresem regulacji więźby w zakresie 51-62 cm, w zestawie pokrowiec ochronny, okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.  Parametr punktowany: nadrukowane logo Zamawiającego: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: **………………..** (wpisać) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

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

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 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)

**Część 3. Kołnierze ortopedyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz dla dorosłych. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 6 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.  Parametr punktowany: co najmniej 8 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………..…. (wpisać). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz ortopedyczny dla dzieci. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 4 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.  Parametr punktowany: co najmniej 6 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:  …………… (wpisać). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 3. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz ortopedyczny dla dzieci. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), z możliwością odchylania w dół w celu uzyskania dostępu do ust pacjenta. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 10 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI. Podwójny system blokady rozmiaru kołnierza: zatrzask umożliwiający skokową regulację rozmiaru oraz przycisk zabezpieczający ustawienie.  Parametr punktowany: co najmniej 12 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:  …………… (wpisać). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **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)

**Część 4. Pasy zabezpieczające**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe z plastikowym zapięciem do krzesełek kardiologicznych. Końce pasów zakończone szlufką/oczkiem umożliwiającym przeplecenie pasów wokół ramy krzesełka. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.  Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..…………  Numer katalogowy:  …….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pasy zabezpieczające jednoczęściowe do noszy transportowych posiadające metalowe zapięcie. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.  Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..…………  Numer katalogowy:  …….…………..……… | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe do noszy transportowych posiadające metalowe zapięcie oraz zakończone szlufką/oczkiem umożliwiającym przeplecenie pasa wokół ramy noszy. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.  Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..…………  Numer katalogowy:  …….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Komplet pasów (4 szt.) do deski  ortopedycznej. Pasy posiadające metalowe zapięcie oraz metalowe karabińczyki z oczkiem na końcu, umożliwiającym szybkie zapięcie na trzpieniu deski. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.  Parametr punktowany: każdy pas w komplecie w innym kolorze: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać)  Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..…………  Numer katalogowy:  …….…………..……… | kpl. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **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: 5 pkt.

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

**Część 5. Rękawiczki medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Rękawiczki diagnostyczne nitrylowe, bezpudrowe, o obniżonej grubości (grubość na palcu max. 0,08 mm; dłoni max. 0,07 mm i mankiecie max. 0,06 mm). Rolowany mankiet, teksturowany tylko na palcach. W kolorze niebieskim. Polimerowane od strony roboczej, chlorowane od wewnątrz. Długość min. 240 mm. Odporne na przenikalność co najmniej 6 substancji chemicznych, na co najmniej 2 poziomie ochrony, co zostało potwierdzone badaniami jednostki niezależnej oraz oryginalnym nadrukiem substancji i poziomów ochrony na opakowaniu. Rozmiar kodowany kolorystycznie na opakowaniu. Opakowanie a`100 sztuk XS-XL (rozmiar określany każdorazowo przez Zamawiającego przy składaniu zamówienia). Rękawice zarejestrowane jako wyrób medyczny klasy I zgodnie z Dyrektywą o wyrobach Medycznych 93/42/EWG i środek ochrony indywidualnej kat. III zgodnie z Rozporządzeniem (UE) 2016/425. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 20 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **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)

**Część 6. Szyny i unieruchomienie pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Szyna Kramera 150x10 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.  Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Szyna Kramera 100x10 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.  Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 500 |  |  |  |  |  |
| 3. | Szyna Kramera 50x6 cm lub 50x7 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.  Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 4. | Szyny chirurgiczne palcowe na gąbce wymiary: 230x25 mm, wykonane z aluminiowej blachy i gąbki. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5. | Szyna wyciągowa do unieruchomienia złamań, umieszczona w pokrowcu transportowym, z regulowaną długością do zastosowania dla dzieci i dorosłych, składana z segmentowego rozkładanego stelaża, mocowana wzdłuż kończyny czterema pasami zapinanymi na rzep od góry mocowanie pasem biodrowo-pachwinowym o regulowanej długości. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Uniwersalny system unieruchomienia głowy dla osoby dorosłej; składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na 54uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę o długości od 75 cm do 78 cm, zakończonych zapięciem typu rzep; pokrycie wykonane z materiału nieprzepuszczalnego; oparcie potylicy mocowane do deski ortopedycznej za pomocą trzech pasków. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| 7. | Uniwersalny system unieruchomienia głowy dla dzieci; składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę o długości od 52 cm do 55 cm zakończonych zapięciem typu rzep; pokrycie wykonane z materiału nieprzepuszczalnego; oparcie potylicy mocowane do deski ortopedycznej za pomocą trzech pasków. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **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)