**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**CZĘŚĆ 1. Akcesoria do nawilżacza i respiratora TV-100**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Noworodkowy czujnik przepływu do respiratora TV-100. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 160 |  |  |  |  |  |
| 2. | Układ oddechowy do respiratora TV-100.W skład zestawu wchodzą: odcinek wdechowy dł. 1,2 m; odcinek wydechowy z zastawką wydechową; dren do pomiaru ciśnienia; łącznik Y; zestaw adapterów, w tym do podaży NO; | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 160 |  |  |  |  |  |
| 3. | Komora nawilżania do nawilżacza Neo Pod T. W skład zestawu wchodzą: dren; strzykawka; łączniki kątowe – 2 szt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 40 |  |  |  |  |  |
| 4.  | Uniwersalna komora nawilżacza pasująca do nawilżaczy typu F&P serii MR | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Akcesoria do noworodkowego zestawu transportowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Filtr powietrza do inkubatora Incu Arch. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw jednorazowy do podaży NO do aparatu EKU NO-A, pediatryczny. W skład zestawu wchodzą: dren dozujący; pułapka wodna; dren pomiarowy; zestaw trójników do podłączania układu respiratora 3 szt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Sensor tlenowy typu R22 MED., do inkubatora Atom V-808. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Przepusty silikonowe, do inkubatora Atom V-808. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | Filtr powietrza wejściowy przeciwkurzowy, typ E. Pakowany po 10 sztuk, do inkubatora Atom V-808. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | Czujnik przepływu do respiratora Hamilton T1, opakowanie 10 sztuk; produkt oryginalny. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 3. Akcesoria do odbarczania odmy u noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Zastawka bezzwrotna do odbarczenia odmy u noworodków. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Łącznik do zastawki bezzwrotnej do odbarczania odmy u noworodków. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | Dren z trokarem trójgraniec do obarczania odmy dla noworodków; dren odporny na złamania, gładkie PCV, linia widoczna w promieniach Rtg, zaoblony koniec, gładko wykończone otwory, rozmiar 8F oraz 10F | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 4. Elektrody dla noworodków do monitora pacjenta IntelliVue X3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Elektrody EKG dla noworodka, z kablem 50 cm - komplet 3 szt.** Typ: elektroda jednorazowego użytku do badań EKG, hydrożel, Ag/AgCl, rozmiar: 23x23 mm. Opakowanie: komplet 3 szt. Zakończenie przewodu: DIN 42802-1. Właściwości użytkowe: eektroda z przewodem przeznaczona do krótko i długoterminowego monitorowania noworodków. Wyrób medyczny klasy I, produkowany zgodnie z Dyrektywą o wyrobach medycznych 93/42/EEC. | Producent:……………………..Numer katalogowy:…………………….. | kpl. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 5. Kaniule i plastry dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kaniule do podawania tlenu przez nos, z możliwością zastosowania ze zmienną wartością ciśnienia przepływu. Ramiona wykonane z PCV, zakończone bezpośrednio adapterem o średnicy min.15 mm, wykonane z poliuretanu, umożliwiającym podłączenie do układu oddechowego respiratora. Noski wykonane z PVC nie zawierającego ftalanów. Długość jednego ramienia jednej rurki ok. 28 cm (+/- 5 mm). Produkt ma zawierać niezależny adapter umożliwiający podłączenie standardowego drenu tlenowego. Kaniula ma posiadać pierścień o-ring wykonany z silikonu do przytrzymania kaniuli, rozmiar kaniuli wskazany odpowiednim kolorem. Opakowanie zbiorcze 10 szt.Rozmiar kaniul uwzględniający wagę: 1) od około 750 g do 1000 g,2) od około 1000 g do 2500 g,3) powyżej 2500 g. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Plasterki chroniące nosek noworodka, posiadające powierzchnię adhezyjną, naklejane bezpośrednio na noski kaniul nosowych CPAP lub innych adapterów nosowych. Kształt plasterka owalny. Kompatybilne z kaniulami z pozycji nr 1. Rozmiar: długość min 25 mm, szerokość 12,5 mm. Opakowanie zbiorcze 150 szt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kaniule dożylne w rozmiarach: 1) kaniula noworodkowa 26G/19mm, 13 ml 2) kaniula noworodkowa 24G/19mm, 13 ml Wykonane z PTFE widoczna w USG ze zdejmowanym dodatkowym elementem, ułatwiającym ich wprowadzanie do naczynia żylnego; bez portu głównego; posiadające zastawkę antyzwrotną. Pakowane w sztywne opakowanie typu TYVEC; niezawierająca lateksu. Wskazanie rozmiaru kaniuli każdorazowo przez Zamawiającego. Termin ważności minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 750 |  |   |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Podkładka żelowa dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Przeciwodleżynowa podkładka żelowa typu podkowa pod głowę kształt obły – pediatryczna; wymiary 130 mm x 110 mm x 25 mm lub 90 mm x 80 mm x 18mm (śr. zewn. x śr. wew. x wys.)  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 7. Pościel dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Serweta chirurgiczna sterylna o wymiarach 85 x 90 cm +/- 5 cm. Serweta wykonana z 100% bawełny, min.17 nitkowej oraz 4 warstwowa. Zamawiający dopuszcza serwety z nitką RTG. Opakowanie papier-folia zawierające wymiar serwety oraz datę ważności. Termin ważności minimum 12 m-cy od daty dostarczenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 90 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 8. Rurki noworodkowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Rurka intubacyjna bez mankietu nr: 2,0-4,5 z przeznaczeniem ustno-nosowym, wyskalowana, z linią –znaczenie w RTG, apirogenna, jałowa, plastyczna, pakowana pojedynczo, bez ftalanów Termin ważności min. 24 miesiące od daty dostarczenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX | XX |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy handlowej/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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)