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

**Znak sprawy:** **Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 1: Przegląd urządzeń /nia Monitor pacjenta**

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

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 2: Przegląd urządzeń / nia Ultrasonograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | | Logiq F6 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 2. | Ultrasonograf | | Voluson E8 Expert | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 3. | Ultrasonograf | | Vivid S70 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 2 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 3: Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Edan M8 / M8A | 2 | 4 |  |  |  |  | 2010 | Edan Instruments, Inc. |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 4: Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Goldway UT4000B | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006, 2009 | Shenzhen Goldway |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 4 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 5: Przegląd urządzeń /nia Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor Pacjenta | | UP-7000 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Creative Medical |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 5 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 6: Przegląd urządzeń /nia Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Cardio 9000 | 5 | 10 |  |  |  |  | 2007-2013 | Guangdong Biolight Meditech |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 6 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 7: Przegląd urządzeń /nia Kabina bodypletyzmograficzna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Kabina bodypletyzmograficzna | | MasterScreen Body/Diffusion | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | CareFusion |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 7 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 8: Przegląd urządzeń / nia Rejestrator temperatury**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Rejestrator temperatury | | RET 201 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Elmi |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 8 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 9: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | CAREvent® ATV+ | 5 | 10 |  |  |  |  | 2010-2021 | O-TWO MEDICAL |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 9 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 10: Przegląd urządzeń /nia Laser holmowy, okulistyczny, fotokoagulator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Laser Holmowy | | Sphinx jr | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | LISA laser products OHG |
| 2. | Laser okulistyczny | | OPTIMIS II | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
| 3. | Fotokoagulator | | Supra 532 nm | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
| 4. | Laser okulistyczny | | SOLUTIS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 10 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 11: Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** |  | | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |  | |
| 1. | Laser zabiegowy | | Ceralas E-15 | 1 |  | | 2 |  |  |  |  | 2009 | Deka |
| 2. | Laser zabiegowy | | SmartXide HS | 1 |  | | 2 |  |  |  |  | 2009 | Deka |
|  |  | |  |  | | Cena oferty ogółem za zadanie nr 11 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 12: Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Laser zabiegowy | | Aplikator skanerowy ODYS 3 CTL 2386 | 4 | 8 |  |  |  |  | 2006-2014 | CTL- LASERINSTRUMENTS |
| 2. | Laser zabiegowy | | Dwusondowy, Doris - CTL1106MX | 3 | 6 |  |  |  |  | 2001-2015 | CTL- LASERINSTRUMENTS |
| 3. | Laser zabiegowy | | Jednosondowy, Doris - CTL 1106MX. | 4 | 8 |  |  |  |  | 1998-2010 | CTL- LASERINSTRUMENTS |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 12 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 13: Przegląd urządzeń / nia Wstrzykiwacz kontrastu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastu | | CT Expres™4D | 1 | 2 |  |  |  |  | 2017 | Bracco Injeneering |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 13 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 14: Przegląd urządzeń / nia Aparat do badania słuchu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do badania słuchu | | OTORead | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Interacoustics A/S |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 14 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy:** **Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 15: Przegląd urządzeń / nia Aparat do pomiaru przepływu krwi.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do pomiaru przepływu krwi. | | VeriQ C™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Medi Stim ASA™ |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 15 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy:** **Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 16: Przegląd urządzeń / nia Ultrasonograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | | Affiniti 50C | 4 | 8 |  |  |  |  | 2013 | Philips |
| 2. | Ultrasonograf | | Affiniti 50G | 1 | 2 |  |  |  |  | 2017 | Philips |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 16 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy:** **Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 17: Przegląd urządzeń / nia Aparat do hydrochirurgii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do hydrochirurgii | | VERSAJET II | 1 | 2 |  |  |  |  | 2018 | Smith&Nephew |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 17 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 18: Przegląd urządzeń / nia Moduł rzutu minutowego serca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Moduł rzutu minutowego serca | | PICCO PC4510 | 6 | 12 |  |  |  |  | 2012 | PULSION |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 18 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 19: Przegląd urządzeń / nia Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej | | AutoCAT2Wave | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Arrow International, Inc. |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 19 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy:** **Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 20: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | Evita V300 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Dräger |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 20 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 21: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | CARESCAPE R860 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | General Electric Healthcare |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 21 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 22:Przegląd urządzeń / nia Spirometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Spirometr | | MasterScreen™ Pneumo | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | CareFusion Corporation |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 22 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 23: Przegląd urządzeń / nia Laser zabiegowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Laser zabiegowy | | Lungtest 1000 SB | 2 | 4 |  |  |  |  | 2007-8 | MES Sp. z o.o. |
| 2. | Laser zabiegowy | | Lungtest 1000 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | MES Sp. z o.o. |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 23 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 24: Przegląd urządzeń / nia Sterylizator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Sterylizator | | Parowy FVA2/A1 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Fedegari (SUISSE) SA |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 24 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 25: Przegląd urządzeń / nia Aparat do kriochirurgii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do kriochirurgi | | CRYO-S CLASSIC | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | METRUM CRYOFLEX |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 25 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 26: Przegląd urządzeń/ nia Aparat rentgenowski**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | Ilość przeglądów w ciągu  2 lat  wszystkich urządzeń danego typu | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat rentgenowski | | Ziehm Vision | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Ziehm Imaging GmbH |
| 2. | Aparat rentgenowski | | Ziehm Vision R | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Ziehm Imaging GmbH |
| 3. | Aparat rentgenowski | | Ziehm Vision RFD Hybryd Edition | 1 | 2 |  |  |  |  | 2016 | Ziehm Imaging GmbH |
| 4. | Aparat rentgenowski | | Ziehm Vision RFD 3D, ramię C | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | Ziehm Imaging GmbH |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 26 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 27: Przegląd urządzeń / nia Zestaw do badań urodynamicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Zestaw do badań urodynamicznych | | Solar | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Urovision |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 27 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 28: Przegląd urządzeń / nia Analizator parametrów krytycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Analizator parametrów krytycznych | | ABL 90 FLEX PLUS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Radiometer Medical ApS |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 28 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 29: Przegląd urządzeń/ nia Mikropłytkowy czytnik absorbancji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Mikropłytkowy czytnik absorbancji | | ELx800™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | BioTek |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 29 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 30: Przegląd urządzeń/ nia Komora do hodowli bakterii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Komora do hodowli bakterii | | Whitley A35 Anaerobic Workstation | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Don Whitley Scientific Limited |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 30 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 31: Przegląd urządzeń /nia Komora laminarna**

Zgodnie z normą PL EN-12469 i certyfikaty.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Komora laminarna | | MARS 1800 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | LaboGene ApS |
| 2. | Komora laminarna | | Mars Fortuna 1800 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | LaboGene ApS |
| 3. | Komora laminarna | | Mars PRO1200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | LaboGene ApS |
| 4. | Komora laminarna | | BIO 130 typ A2 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2016 | Alpina Maciej Mixtacki |
| 5. | Komora laminarna | | BioWizard Standard Std 130 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | KOJAIR |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 31 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 32: Przegląd urządzeń / nia Monitory pacjenta i stacja nadzoru**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | BeneView® T5 | 6 | 12 |  |  |  |  | 2015 | Shenzhen Mindray  . |
| 2. | Stacja centralnego nadzoru | | Hypervisor VI | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Shenzhen Mindray |
| 3. | Monitor pacjenta | | BeneView® T8 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Shenzhen Mindray |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 32 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 33: Przegląd urządzeń / nia Stół zabiegowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stół zabiegowy | | Magnus 1180 | 2 | 4 |  |  |  |  | 2013 | MAQUET Getinge Group |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 33 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 34: Przegląd urządzeń / nia Audiometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Audiometr | | MADSEN ITERA II | 1 | 2 |  |  |  |  | 2016 | GN OTOMETRICS |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 34 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 35: Przegląd urządzeń / nia Zestaw endoskopowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Źródło Świałta | | 486B | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 2. | Elektroresektoskop przepływowy | | TELECAM SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 3. | ENDOSKOPOWA JEDNOSTKA WIZYJNA | | TELEPACK X LED | 1 | 2 |  |  |  |  | ------ | KARL STORZ |
| 4. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Adapter Storz 20200042 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 5. | KAMERA ENDOSKOPOWA | | Głowica z adapterem Storz 20212030 | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 6. | Kamera endoskopowa | | Głowica. Storz 20212034 | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 7. | Kamera endoskopowa | | Sterownik Telecam SL PAL 20212020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 8. | Kamera endoskopowa | | Głowica Storz Image I HD 22220055 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 9. | Kamera endoskopowa | | Sterownik Storz Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 10. | Kamera endoskopowa | | Kamera Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 11. | Konsola sterująca | | Storz Powershaver SL | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 12. | Monitor | | Storz, S.C. -SX19-A1511,19 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 13. | Monitor | | Storz S.C. - WU24-A1511 | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 14. | Pompa ssąca | | Storz Hamou Endomat | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 15. | Termoflator | | Storz 26432020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 16. | Źródło Światła | | Storz Xenon Nova 175 | 1 | 2 |  |  |  |  | -------- | KARL STORZ |
| 17. | Żródło światła | | Storz Xenon 100 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 18. | Zestaw do endoskopii | | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | KARL STORZ |
| 19. | Zestaw do endoskopii | | Telecam DX II 20232020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 20. | Zestaw do endoskopii | | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 21. | Źródło Światła | | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
| 22. | Źródło Światła | | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------- | KARL STORZ |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 53 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 36: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | Transportowy, Oxylog® 3000 plus | 3 | **3** |  |  |  |  | 2020 | Dräger |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 36 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 37: Przegląd urządzeń / nia Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | | Z wbudowanym modułem rzutu minutowego serca PiCCO2™ | 5 | 10 |  |  |  |  | 2009 | Pulsion |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 37 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 38: Przegląd urządzeń / nia Aparat do barwienia preparatów metodą Grama**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do barwienia preparatów metodą Grama | | PREVI™ Color Gram | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | bioMérieux |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 38 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 39: Przegląd urządzeń/ nia Gastrolyzer**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Gastrolyzer | | Gastro + | 1 | 8 |  |  |  |  | 2018 | Smith&Nephew |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 39 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 40: Przegląd urządzeń / nia Myjnia do endoskopów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjnia do endoskopów | | CYW-100 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | Choyang Medical Industry |
| 2. | Myjnia do endoskopów | | CYW-DUO | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | Choyang Medical Industry |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 40 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 41: Przegląd urządzeń / nia Myjnia do endoskopów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjnia do endoskopów | | EndoCleaner | 2 | 4 |  |  |  |  | 2017 | Aort Sağlık Hizmetleri |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 41 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 42:Przeglad urządzeń / nia Stół operacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stół operacyjny | | TruSystem™ 7000 (bariatryczny) | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | Trumpf Kreuzer Medizin Sys. |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 42 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 43: Przegląd urządzeń/ nia Myjnia dezynfektor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjnia-dezynfektor | | AF2.60.PG | 4 | 8 |  |  |  |  | 2006 | AT-OS |
| 2. | Myjnia-dezynfektor | | KD 20.2 | 2 | 4 |  |  |  |  |  | MEIKO Maschinenbau |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 43 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 44: Przegląd urządzeń / nia Urządzenie do automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Urządzenie do automatycznej mechanicznej kompresji klatki piersiowej. | | AutoPulse | 3 | 6 |  |  |  |  | 2020 | ZOLL Medical Corporation |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 44 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 45: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | Szpitalny, HAMILTON G-5 | 25 | 50 |  |  |  |  | 2020 | Hamilton Medical AG |
| 2. | Respirator | | Transportowy, HAMILTON-T1 | 2 | 4 |  |  |  |  | 2020 | Hamilton Medical AG |
|  | Respirator | | Kliniczno-transportowy HAMILTON-C1 | 4 | 8 |  |  |  |  | 2018 | Hamilton Medical AG |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 45 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 46: Przegląd urządzeń / nia Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | | Transportowy, Medumat Standard 2 Basic | 3 | 6 |  |  |  |  | 2014 | WEINMANN |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 46 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 47: Przeglądy urządzeń/ nia Łóżko wielopozycyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko wielopozycyjne | | Progressa®Pulmonary | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Hill-Rom Corporate |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 47 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 48: Przeglądy urządzeń / nia Urządzenia firmy Thermo Fisher**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Kriostat | | Shandon Cryotome FSE® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 2. | Procesor tkankowy | | Shandon Excelsior™ ES | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 3. | Aparat do zatapiania tkanek w parafinie | | Histostar™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
| 4. | Mikrotom | | Rotacyjny HM 340 E | 2 | 4 |  |  |  |  | 2012 | Thermo Fisher Scientific Inc. |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 48 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 49: Przeglądy urządzeń / nia Automatyczny dystrybutor tabletek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Automatyczny dystrybutor tabletek | | Kardex Remstar SYS-120-1613-NT | 2 | 4 |  |  |  |  | 2013 | KARDEX |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 49 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 50: Przegląd urządzeń / nia Dygestorium**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/***/** | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Dygestorium | |  | 3 | 6 |  |  |  |  | 2008 |  |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 50 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 51: Przegląd urządzeń / nia Mikroskop operacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Mikroskop operacyjny | | OPMI® Pentero® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Carl Zeiss |
| 2. | Mikroskop operacyjny | | OPMI ® VISU 160 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Carl Zeiss |
| 3. | Mikroskop operacyjny | | OPMI® ORL | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Carl Zeiss |
| 4. | Mikroskop operacyjny | | Kinevo 9000 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Carl Zeiss |
| 5. | Mikroskop operacyjny | | OPMI ® PROergo | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Carl Zeiss |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 51 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 52: Przegląd urządzeń / nia Mikroskop operacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Mikroskop operacyjny | | OPHTAMIC 900 S | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | MÖLLER-WEDEL GmbH |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 52 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 53: Przegląd urządzeń/ nia Aparat rentgenowski**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat rentgenowski | | MedPhoton Loop-X™, ramię "O", +CBCT | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | medPhoton GmbH |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 53 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 54: Przegląd urządzeń / nia Pompa do kontrapoulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapoulsacji wewnątrzaortalnej | | CS100™ IABP | 3 | 6 |  |  |  |  | 2012 | MAQUET |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 54 | | |  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/87/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 55: Przegląd urządzeń / nia Aparat do znieczulenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | | **Ilość**  **urządzeń** | **Ilość przeglądów w ciągu**  **2 lat**  **wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat*  *wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor nerwów | | Neuromonitor C2 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | inomed |
|  |  | |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 55 | | |  |  |  |  |  |