**Załącznik Nr 1 do SWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa Wykonawcy …………………………………………................................…………………………………

Siedziba ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON ……………………………….............. NIP …………………………......................……………

Tel. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym …………………………………………………..

Tel ………………… e-mail …………………………………………………………………………….**.**

Osoba upoważniona do podpisania umowy …………………………………………………………………..

Osoba do kontaktów podczas realizacji umowy ……………………………………. Tel …………………..

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o postępowaniu o zamówienie publiczne na *„****Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”* na warunkach określonych w specyfikacji warunków zamówienia za cenę:

**PAKIET Nr ……\***

**bez podatku VAT …………………… zł**

**podatek VAT …% ………………….. zł**

**z podatkiem VAT ………………… zł**

**słownie: *………………………………………………………………………………….***

## *\*należy wpisać numer oferowanego Pakietu i powtórzyć w/w zapis tyle razy ile pakietów jest oferowanych*

1. Oświadczamy, że cena brutto zawarta w Ofercie zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że jestem: **[[1]](#footnote-1)**

□ Jestem mikroprzedsiębiorstwem

□ Jestem małym przedsiębiorstwem

□ Jestem średnim przedsiębiorstwem

□ Jestem dużym przedsiębiorstwem

1. Oświadczamy, że akceptujemy i spełniamy warunki określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
2. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i projektem umowy, stanowiącym załącznik do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
5. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia **zamierzamy wykonać sami/przewidujemy powierzyć podwykonawcom części zamówienia\*:** Część zamówienia przewidziana do wykonania przez podwykonawcę …………………………………. Nazwa i adres Podwykonawcy …………………………..\*\*
6. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa** *(zaznaczyć właściwy kwadrat):*

Żadna z informacji wskazanych w ofercie nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

Wskazane poniżej informacje wskazane w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/-y dokumenty w postaci:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w ofercie | |
|  |  | od numeru | do numeru |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postepowaniu \*
2. Czy Wykonawca pochodzi z innego niż Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej:

* TAK Skrót literowy Państwa: …………………….
* NIE

1. Czy Wykonawca pochodzi z państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej:

* TAK Skrót literowy Państwa: …………………….
* NIE

1. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do **powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w rozdziale II podrozdziale 10 SWZ:

**Tak[[2]](#footnote-2)** powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………………………………….…………………[[3]](#footnote-3)  
 **Nie3**.

1. Oferta zawiera następujące załączniki: *(wymienić)*

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_ \_\_ 2023 roku

…………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

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

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

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

**Załącznik nr 2 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE RAZEM Z OFERTĄ***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**OŚWIADCZENIE**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r**

**Prawo zamówień publicznych** (Dz.U. poz. 2019 ze zm)**,**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„*Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”***,** sygn. sprawy: **ZP-23-020BN** prowadzonego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.) zwanej dalej ustawą :

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, iż nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp. oraz art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r.   
   o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835)[[4]](#footnote-4)
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku   
   z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576   
   w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576[[5]](#footnote-5)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,* dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

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

*CZYTELNY PODPIS I PIECZĄTKA WYKONAWCY*

**UWAGA:**

**Poniższe oświadczenie wykonawca wypełnia jedynie w sytuacji gdy zachodzą podstawy do wykluczenia**.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie  
art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ustawy Pzp)* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie  
art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………………………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

....................... dnia ……………….2022r.

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

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

**Załącznik Nr 3 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt.5 ustawy z dnia 11 września 2019r**

**Prawo zamówień publicznych (Dz.U. poz. 2019 ze zm),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **„*Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”*, znak sprawy: **ZP-23-020BN**,prowadzonego przez SPSKM   
w Katowicach*,* oświadczam, że:

󠆒 nie należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r o ochronie konkurencji i konsumentów ( Dz.U. z 2020r poz.1076 i 1086) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę \*,

󠆒 należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art.108 ust.1 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. *W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt.5 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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

PODPIS WYKONAWCY

**Załącznik Nr 4 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE RAZEM Z OFERTĄ***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***„*Wyk****onanie usługi   
w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”*,*sygn. sprawy: ZP-23-020BN* prowadzonego przez SPSKM   
w Katowicach*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

……………………………………………………………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….……………

w następującym zakresie: ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2023 r.

…………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 5 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„***„*Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”***,***”*,*sygn. sprawy: ZP-23-020BN*,prowadzonego przez SPSKM   
w Katowicach*,* oświadczam, że w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku zdolności technicznej i zawodowej niżej wymienione osoby będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia. Osoby te posiadają dokumenty potwierdzające warunki określone w SWZ.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Uprawnienia (odbyte szkolenia), doświadczenie, kwalifikacje zawodowe upoważniające do wykonania przeglądu/konserwacji danego przedmiotu zamawiania*** | ***Zakresu wykonywanych przez nie czynności podczas realizowania przedmiotu zamówienia*** | ***Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 r.

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

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 6 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE RAZEM Z OFERTĄ***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU / PODMIOTÓW**

**ODDAJĄCYCH DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„*Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”*,*sygn. sprawy: ZP-23-020BN* prowadzonego przez SPSKM   
w Katowicach*,* oświadczam, że zobowiązuję się do oddania do dyspozycji Wykonawcy …………………………………………….\* niezbędnych zasobów wykazanych poniżej na okres korzystania   
z nich od ………… do ………….przy wykonywaniu zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

\* *podać nazwę Wykonawcy*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 r.

………………………………….

Podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania podmiotu oddającego

do dyspozycji Wykonawcy niezbędne zasoby

**Załącznik nr 7 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………

……………………………..…………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………

……………………..…………………

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

**OŚWIADCZENIE**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„*Wyk****onanie usługi w zakresie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu oraz aparatury medycznej – I część - znajdujących się*  ***w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach****”*, *sygn. sprawy: ZP-23-20BN*prowadzonego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.) oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu złożonym wraz   
z ofertą, składanym na podstawie art. 125 ust.1 ustawy Pzp i art.7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835),w zakresie podstaw wykluczenia   
z postępowania

**są aktualne / są nieaktualne.\*\***

……………………….

(miejscowość, data)

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

podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania Wykonawcy

\* niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.

\*\* niepotrzebne skreślić. W przypadku braku aktualności podanych uprzednio informacji dodatkowo należy złożyć stosowną informację w tym zakresie, w szczególności określić jakich danych dotyczy zmiana i wskazać jej zakres.

**Załącznik nr 8 do SWZ**

***OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

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

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

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

**WYKAZ WYKONANYCH USŁUG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Przedmiot zamówienia*** | ***Wartości wykonanych usług brutto*** | ***Daty wykonania*** | ***Zamawiający*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Do niniejszego wykazu należy dołączyć dowody określające czy w/w usługi zostały wykonane należycie.***

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….…….2023 r.

…………………………………………

*Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet 1 – Zestaw do otoemisji Capella***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Zestaw do otoemisji z oprogramowaniem i sondą | Capella 2 Otometris | Medicus | 3213,D7224 | 8021199/2014 | 2018 | Pracownia Audiometrii | 12 | 1 | 31.07.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 10 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet 2 – Holtery EKG DMS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | HOLTER EKG | DMS-300-3A 5272 | AND | SN 20111026/3A/06257 | 80257023/U/12/1 | 2010 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 2 | HOLTER EKG | DMS-300-3A 5176 | AND | SN 20111026/3A/06097 | 80257023/U/12/2 | 2010 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 11 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 3 Holtery EKG RR***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Holter EKG | RR HOLCARD CR-07 V 02 | Aspel | 613 | FTS 802-57024/2 | 2013 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – Pracownia EKG | 12 | 1 | 29.07.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Holter EKG | RR HOLCARD CR-07 V 02 | Aspel | 610 | FTS 802-57024/3 | 2013 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej – Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.07.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 12 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 4 EKG***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 164 | 8021044 | 2013 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.09.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 317 | 8021102 | 2013 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 319 | 8021103 | 2013 | 505-17 Odd. Dermatologii | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 318 | 8021104 | 2013 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej 507-17 | 12 | 1 | 24.11.2023 |  |  |  |  |
| 5 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 2683 | 8021178 | 2014 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej 507-17 | 12 | 1 | 30.12.2023 |  |  |  |  |
| 6 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 2684 | 8021179 | 2014 | Odd Anestezjologii i Intensywnej Terapii 509-17 | 12 | 1 | 30.05.2023 |  |  |  |  |
| 7 | Elektrokardiograf | AsCARD | ASPEL | 4333 | 8021399 | 2015 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Izba Przyjęć | 12 | 1 | 30.12.2023 |  |  |  |  |
| 8 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 4334 | 8021400 | 2013 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG | 12 | 1 | 29.07.2023 |  |  |  |  |
| 9 | Elektrokardiograf | AsCARD | ASPEL | 5476 | 8021497 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 29.09.2023 |  |  |  |  |
| 10 | Elektrokardiograf | AsCard | ASPEL | 636/97 | 802431 | 1997 | 505-17 Odd.Dermatologii | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 11 | Elektrokardiograf | AsCard | ASPEL | 321/00/6P | 802498 | 2000 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej  507-17 | 12 | 1 | 29.07.2023 |  |  |  |  |
| 12 | Elektrokardiograf | AsCARD B-56 | ASPEL | 323/00/69 | 802500 | 1999 | 506-17 Odd.Chirurgii Szczękowo-Twarzowej | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 13 | Aparat EKG | MR. RED | ASPEL | 227/07 | 802714 | 2007 | Bank Krwi | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| 14 | Elektrokardiograf | Silver 2 | ASPEL | 104/2009 | 802831 | 2009 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 15 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey | ASPEL | 540 | 802881 | 2011 | Oddział Otorynolaryngologii | 12 | 1 | 30.05.2023 |  |  |  |  |
| 16 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 552 | 802882 | 2011 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| 17 | Elektrokardiograf | Mr Blue | ASPEL | 546 | 802900 | 2011 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.09.2023 |  |  |  |  |
| 18 | Elektrokardiograf | Mr Blue | ASPEL | 545 | 802901 | 2011 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.09.2023 |  |  |  |  |
| 19 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey | ASPEL | 1519/E | 802943 | 2012 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 13 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 5 Kardiomonitor DS2***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Kardiomonitor ekg | DS 2 | Unitra Biazet | 10092331 | B-1/098-0001/98 | 1998 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 14 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 6 Urządzenia Plasmatherm***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Urządzenie do rozmrażania preparatów krwiopochodnych | PLASMATHERM | BARKEY | 1109896 | 8021180 | 2014 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 24.05.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Urządzenie do rozmrażania preparatów krwiopochodnych | PLASMATHERM | BARKEY | 1109897 | 8021181 | 2014 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 23.05.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Aparat do kontrolowanego rozmrażania osocza | PLASMATHERM | BARKEY | 1107265 | 802823/09 | 2009 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 23.05.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 15 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 7 USG S8***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat USG z wyposażeniem | S8 Expert | Sonomedical | 432267394 | 8021715/19 | 2019 | 502-17 Odd. Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 19.07.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 16 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 8 Loża ESCO***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Loża laminarna | AC 2-4E1Esco | ESCO | 2007-26133 | 802723 | 2007 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek | 12 | 1 | 29.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 17 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 9 Tympanometr Clarinet***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Tympanometr | Clarinet Plus | Inventis | IM1CG19217722 | 8021709/19 | 2019 | 527-06 Pracownia Audiometrii (LKL) | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 18 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 10 Szafa chłodnicza SLC***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Szafa chłodnicza | SLC-100L | Bolarus | CHŁODZIARKA 1100930 | 8021753/20 | 2020 | 531-14 Pracownia Leków Cytostatycznych | 12 | 1 | 01.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 19 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 11 Kompresor DK50***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Kompresor do zasilania unitów stomatologicznych | DK50 2X2V DRY | EKOM | V0451-03-2013 | 444004 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur. Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 20 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 12 Generator laryngologiczny Sutter***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Generator laryngologiczny | RF BM 780II | Sutter GmbH | 780110100193723 | 8021734/19 | 2019 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny  524-01 | 12 | 1 | 30.05.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 21 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 13 Sterylizator SP***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Sterylizator powietrzny | SP-30G | WAMED | 130-SP-30G-17 | 8021651 | 2017 | APTEKA | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 22 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 14 Nóż harmoniczny***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Nóż harmoniczny | Electric Bistour | Carlo De Giorgi | 3M03 | 8021007 | 2013 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej | 12 | 1 | 07.09.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 23 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 15 Aparat ThermoBrite***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat do hybrydyzacji i denaturacji | ThermoBrite S 500-24 | STATSPIN | 714S50001045 | 802724/07 | 2007 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 24 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 16 Sterylizatory ASHE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | SteryliZator parowy | ASHE 400/600 | Spółdzielnia Pracy Mechanicz. | 320 | 802355/96 | 1996 | LABORATORIUM CENTRALNE | 6 | 2 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | SteryliZator parowy | ASHE 400/600 | Spółdzielnia Pracy Mechanicz. | 316 | 802356 | 1996 | LABORATORIUM CENTRALNE | 12 | 2 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 25 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 17 Lasery CTL***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Laser terapeutyczny | 1106MX | CTL | M1302806MXN | 80200001 | 2014 | 505-17 Odd.Dermatologii | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Diodowy laser terapeutyczny | 1106MX | CTL | M1301506MXK | 8020005 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 30.07.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 26 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 18 USG S8***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Ultrasonograf | S8Exp | SONOSCAPE | 4309545 | 8021379 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Przenośny aparat USG | S8 | SONOSCAPE | 904382 | 802880 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 29.06.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 27 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 19 Unity DC170***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 18 | 8021000 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 19 | 8021001 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 15 | 802997 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 16 | 802998 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 5 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 17 | 802999 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 29.11.2023 |  |  |  |  |
| 6 | Pompa ssawna | VS1200S | DURR DENTAL | B243640002 | 441002 | 2013 | 519-07 Poradnia Chirur.Szczęk.- Twarzowej | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 28 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 20 Kardiomonitor DS2***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Kardiomonitor ekg | DS 2 | Unitra Biazet | 10092331 | B-1/098-0001/98 | 1998 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 29 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 21 Skaner RTG***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Skaner RTG | VISTA SCAN MINI | Durr Dental | D241051025 | 802995 | 2013 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 07.12.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 30 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 22 Inkubator CO2***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Inkubator dwutlenku węgla | 170R | EPPENDORF AG | C017EK501605 | 801370 | 2015 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki | 12 | 1 | 10.11.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 31 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 23 USG eZono***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat USG | eZono400 | eZono A.G | 9100200324 | 8021398 | 2015 | Odd.Anestezjologii i Intensywnej Terapii  508-17 | 12 | 1 | 30.05.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 32 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 24 Analizator Genexper***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Analizator do badań przesiewowych | Genexpert GXIV-2-L-10C | Cepheid | 110001520 | 8011397/21 | 2021 | 526-03 Laborat.Centralne-Pracownia Biochemiczna | 12 | 1 | 20.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 33 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 25 System cyfrowej obróbki zdjęć***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | System cyfrowej obróbki zdjęć RTG FCR: | 1. Czytnik płyt Fujifilm FCR XG-1  2. Konsola techniczna (Bucky)  Stacja robocza-komputer  Monitor EIZO Ups EVER Sinline  3. Konsola techniczna Reymont  Stacja robocza Optiplex 780 Ups Eaton mod. 5E500I, Monitor Eizo flexscan I362T, | Fuji Film | 1. Czytnik płyt sn:57035121B  2. Konsola techniczna (Bucky)  Stacja robocza-komputer sn: JC7J35J  Monitor EIZO sn:35782114  Ups EVER Sinline 1200 E0366507  2. Konsola techniczna Reymont  Stacja robocza sn:707J35J,  Ups sn G460F37156, Monitor, sn:35831114, | A-7/034-0001/18,  491-775/11  A-7/010-0003/18491-776/11 A-7/010-0002/18 | 2011, 2018 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 29.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Drukarka RTG | DRYPIX PRIMA | FUJI | 26900422 | 802996/13 | 2013 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 29.06.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 34 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 26 USG Logiq***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat USG | Logiq e BT11 | GE Medical Systems | 212174WX7 | 802923 | 2011 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 30.05.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Aparat USG | Logiq C5 Premium | GE Healthcare | 245810WX7 | F/ST/58/2012 | 2012 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 35 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 27 Biopompa Stocker***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Biopompa STOCKER | SCP+SCPC | STOCKERT INSTRUMENTE | 60S1159 | 802626 | 2005 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 36 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 28 Maceratory S+***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Macerator | S+ | THE HAIGH ENGINEERING | S/N1132E-1-2133 | 8021238 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Macerator | S+ | THE HAIGH ENGINEERING | S/N1132E-1-2134 | 8021239 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Macerator | S+ | HAIGH | 1132D-1-1176 | 802885 | 2011 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Macerator | S+ | HAIGH | 1132D-1/1240 | 802928 | 2011 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 37 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 29 Zgrzewarka rotacyjna***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Zgrzewarka rotacyjna | 3010DC-V | HAWO | SM452414 | 434009 | 2011 | Centralna Sterylizatornia | 12 | 1 | 08.08.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 38 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 30 Łóżka szpitalne Hill Rom***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002327092 | 8021012 | 2013 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002327090 | 8021013 | 2013 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP 002327091 | 8021014 | 2013 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002327625 | 8021015 | 2013 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 5 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002327649 | 8021016 | 2013 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 07.09.2023 |  |  |  |  |
| 6 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002375621 | 8021108 | 2013 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 31.08.2023 |  |  |  |  |
| 7 | Łóżko szpitalne z wagą | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002375619 | 8021109 | 2013 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 8 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563102 | 8021405 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 9 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 14AG1803 | 8021405-01 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 10 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563101 | 8021406 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 11 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 14AG1802 | 8021406-01 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 12 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563103 | 8021407 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 13 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 14AG1801 | 8021407-01 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 14 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563104 | 8021408 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 15 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 14AG1800 | 8021408-01 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 16 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002623759 | 8021486 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 17 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 16AG0274 | 8021486-01 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 18 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002624017 | 8021487 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 19 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 16AG0278 | 8021487-01 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 20 | Łóżko do intensywnej terapii | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002623646 | 8021488 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 21 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 16AG0280 | 8021488-01 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 14.11.2023 |  |  |  |  |
| 22 | Łóżko do intensywnej terapii | PRIMO | HILL ROM | HRP002623806 | 8021489 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.08.2023 |  |  |  |  |
| 23 | Materac przeciwodleżynowy z pompą | x | HILL ROM | 16AG0279 | 8021489-01 | 2016 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.08.2023 |  |  |  |  |
| 24 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HPR002086036 | 802914/11 | 2011 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 25 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HPR 002086030 | 802915/11 | 2011 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 26 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HPR002086025 | 802916/11 | 2011 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 27 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL-ROM | NO53HE0516 | 802944 | 2011 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 28 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0489 | 802945 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 29 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE05497 | 802946 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 30 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0469 | 802947 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 31 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0499 | 802948 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 32 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0514 | 802949 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 33 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0515 | 802950 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 34 | Łóżko do intensywnej terapii | 405 | HILL ROM | NO53HE0470 | 802951 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 07.10.2023 |  |  |  |  |
| 35 | Łóżko szpitalne z wagą | TOTAL CARE | HILL ROM | L333AM1845 | 802952 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |
| 36 | Łóżko intensywnego nadzoru pooperacyjnego | 1600 | HILL ROM | HRP002153657 | 802953 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 37 | Łóżko intensywnego nadzoru pooperacyjnego | 1600 | HILL ROM | HRP002153658 | 802954 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 38 | Łóżko do intensywnej terapii z materacem | Hill Rom 900 Accella | Hill Rom S.A.S | HRP004064306 | 8021719/19 | 2019 | 503-17 Odd.Nefr. Transp. i Chorób Wew. | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 39 | Łóżko do intensywnej terapii z materacem | Hill Rom 900 Accela | Hill Rom S.A.S | HRP004064307 | 8021720/19 | 2019 | 503-17 Odd.Nefr. Transp. i Chorób Wew. | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 40 | Łóżko do intensywnej terapii | Hill Rom 900 Accella | Hill Rom S.A.S | HRP004064305 | 8021721/19 | 2019 | 503-17 Odd.Nefr. Transp. i Chorób Wew. | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 41 | Łóżko do intensywnej terapii z materacem | Hill Rom 900 Accela | Hill Rom S.A.S | HRP004064308 | 8021722/19 | 2019 | 503-17 Odd.Nefr. Transp. i Chorób Wew. | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 39 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 31 Aparatr Nanophotometr***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat do pomiaru stężeń kwasów nukleinowych Nanophotometr | P-330 | IMPLEN | 6014 | 801339 | 2013 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej | 12 | 1 | 27.04.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 40 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 32 Urządzenie Hemochron***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Urządzenie do szybkiego badania układu krzepnięcia | Hemochron | International Technik | HR5784 | 802759 | 2008 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 41 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 33 System Maxwell RSC***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Automatyczny system do izolacji kwasów nukleinowych | Maxwell RSC System | Promega | 10002261 | 8011398/21 | 2020/2021 | Laboratorium Hematologiczne - Pracownia Biologii Molekularnej | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Automatyczny system do izolacji kwasów nukleinowych | Maxwell RSC System | Promega | 10002260 | 8011399/21 | 2020/2021 | Laboratorium Hematologiczne - Pracownia Biologii Molekularnej | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 42 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 34 Zestaw do laparoskopii Karl Storz***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | ZESTAW DO LAPAROSKOPII KARL STORZ:  1.Sterownik kamery  2.Źródło światła  3.Pompa ssąco tłocząca 4.Insuflator  5.System do archiwizacji  6.Monitor główny  7.Monitor poglądowy  8.Kamera | 1.333020  2. Xenon Nova 175  3.Endomat HA MOU 4.Endoflator  5. Aida Compact Neo HD  6.Prolite  7.9619NB/KS19  8.1HDTV | KARL STORZ | 1. VW706901-P  2.0W0687061  3.UW 29803-B  4.WW12257  5. KSB13774  6.11123327000886  7.51304068RW007  8.WW823915-H IMAGE | 8021077/13 | 2013 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 43 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 35 Myjnie KEN***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62834 | 8021240 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 03.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62835 | 8021241 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 26.04.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62833 | 8021242 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62839 | 8021243 | 2015 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.09.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 44 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 36 Defibrylatory ZOLL***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Defibrylator | ZOLL M- SERIES | ZOLL MEDICAL | TO8C100702 | 802750/08 | 2008 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F158198 | 802766 | 2008 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161351 | 802767 | 2008 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | XO8F158213 | 802768 | 2008 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 5 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161368 | 802769 | 2008 | Oddział Otorynolaryngologii | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 6 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161365 | 802770 | 2008 | Oddział Dermatologii | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 7 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F158212 | 802771 | 2008 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 8 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161356 | 802773 | 2008 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 45 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 37 USG Vivid***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat USG | Vivid S70N v203 | GE Medical Systems | 211506S70N | 8021743/20 | 2020 | 502-17 Odd. Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 46 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 38 Generator Solero***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inw.** | **Rok prod.** | **Miejsce użytkowania** | **częstotliwość** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Maksymalna data pierwszego przeglądu** | **Cena jednostkowa netto za przegląd**  **(zł)** | **VAT**  **%** | **Wartość netto**  **zł** | **Wartość brutto**  **zł** |
| 1 | Generator SOLERO do termoablacji guzów wątroby | MW Soler Generator | ANGIODYNAMICS | QBY0002841 | **8021305** | 2017 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.10.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 47 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 39 Urządzenie do terapii Światłem Solaris***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Urządzenie do terapii światłem spolaryzowanym Solaris + stolik medyczny | Solaris | Medicolux | 708971 | A-1/0227-0001/13 | 2007 | Oddział Dermatologii | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 48 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 40 System do Real Timer PCR***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Automatyczny System Zamknięty do Real Time PCR | Elite Ingenius | Elitch Group | 2072012B0793E | 8011395/21 | 2020 | Laboratorium Centralne - Pracownia Biochemiczna | 12 | 1 | 16.05.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 49 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 41 Detektor Gammafiner II***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Detektor | GAMMAFINDER II | WOM | 40473 | 8021236/15 | 2014 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 06.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 50 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 42 Aparat CliniMacs***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat do automatycznej sterylnej selekcji magnetycznej komórek | CLINI MACS Prodigy | MILLTENYI BIOTEC | 175 | 801354/14 | 2014 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 51 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 43 Monitory zwiotczenia Organon***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Monitor Zwiotczenia | - | ORGANON LTD | 04-2007092 | B-1/211-0002/09 | 2008 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Monitor Zwiotczenia | TOF WATH SX | Organon Ltd | 42007092 | B1/0211-0003/09 | 2009 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 52 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 44 Rejestrator holterowski EKG***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Rejestrator holterowski EKG | DMS-300-7-OXFORD | Oxford | 6888 | 802577/03 | 2003 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 53 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 45 Bronchofiberoskop i zestaw endoskopowy Pentax***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Bronchofiberoskop intubacyjny | FI-16RBS | PENTAX | H111134 | 8021171/14 | 2014 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 31.05.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym PENTAX:  1. Wideogastroskop,  2. Videokolonoskop,  3. Wideoprocesor,  4. Monitor Medyczny,  5. Endoskopowa pompa irygacyjna ,  6. Wózek medyczny | 1. EG-29-i 10,  2. EC-3890FI2,  3. EPK-I5000, 4.90K0010 Endovue 24’ LED,  5.020-100 Waterfall,  6. Clasic-Cart | PENTAX | 1. A113913,  2. H112617,  3. EE013740,  4. 16-262881,  5. 22 0181,  6. 2016-0043 | 8021499 | 2016 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii | 12 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Bronchofiberoskop ze żródłem światła | FB-18V | Pentax Medical | N110167 | 8021737/19 | 2019 | Odd.Anestezjologii i Intensywnej Terapii  508-17 | 12 | 1 | 30.12.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 54 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 46 Defibrylatory i monitory Philips***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Monitor transportowy | INTELLIVUE X2 | PHILIPS | DE315F8434 | 8021154 | 2014 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 24 | 1 | 19.07.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Defibrylator | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603526 | 8021292 | 2015 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Defibrylator | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603522 | 8021293 | 2015 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Defibrylator z wózkiem | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603523 | 8021294 | 2015 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 5 | Defibrylator | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603521 | 8021295 | 2015 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 6 | Defibrylator | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603525 | 8021296 | 2015 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 7 | Defibrylator | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603524 | 8021297 | 2015 | Oddział Otorynolaryngologii | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 8 | Kardiomonitor | Efficia CM120 | PHILIPS | CN62612624 | 8021537 | 2016 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 12 | 1 | 22.12.2023 |  |  |  |  |
| 9 | Kardiomonitor | Efficia CM120 | PHILIPS | CN62612625 | 8021538 | 2016 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 12 | 1 | 22.12.2023 |  |  |  |  |
| 10 | Defibrylator | EFFICIA DFM 100 | PHILIPS | CN32619200 | 8021672 | 2018 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 11 | Kardiomonitor | INTELLIVVE MP70 | PHILIPS | DE61757631 | 802720/09/XI | 2007 | Oddział Otorynolaryngologiczny - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |
| 12 | Defibrylator z możliwością kardiowersji | HEART START MRx | PHILIPS | US 00320627 | 802727/07 | 2007 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Izba Przyjęć12 | 12 | 1 | 17.06.2023 |  |  |  |  |
| 13 | Defibrylator | HEART START MRX M3535A | PHILIPS | US00537803 | 802825 | 2009 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 14 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE91332999 | 802870 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 24 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 15 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE91332992 | 802871 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 16 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 91332997 | 802872 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 24 | 1 | 31.12.2023 |  |  |  |  |
| 17 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE91332991 | 802873 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 24 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 18 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 91333012 | 802874 | 2010 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku | 24 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 19 | Kardiomonitor | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 728A8582 | 802959 | 2010 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 24 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 20 | Kardiomonitor | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 728 A8593 | 802960 | 2012 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 24 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| 21 | Defibrylator | HEART START MRX | PHILIPS | US00557928 | 802961 | 2012 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej | 12 | 1 | 31.10.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 55 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 47 RTG Planmeca***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Aparat RTG punktowy (do zdjęć stomatologicznych wewnątrzustnych) | PRO X | Planmeca | IPX007058 | 802993/13 | 2013 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 24.06.2023 |  |  |  |  |
| 2. | Aparat RTG pantomograficzny | PRO MAX | Planmeca | RPX242999 | 802994/13 | 2013 | ZAKŁAD RADIOLOGII | 12 | 1 | 24.06.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 56 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 48 Radiometry***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Radiometr | eco-c + sonda (wzorcowanie dla promieniowania gamma Cs-137 w zakresie mocy dawki, wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem Sr-90/Y90 oraz C-14) | Polon Ecolab Gdańsk | 021/93 | A-1/105-0005/98 | 1998 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 03.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Radiometr | RUST3 + sonda SGB-2P (wzorcowanie dla wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem C-14) | Polon Alfa | 163/79; 029/89 | A-1/105-0006/98 | 1998 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 03.06.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Radiometr ECO-C | (wzorcowanie dla promieniowania gamma Cs-137 w zakresie mocy dawki, wykrywania skażeń emiterami beta : Źródłem Sr-90/Y90 oraz C-14) | Polon Ecolab Gdańsk | 580/98 | A-1/113-0001/08 | 2008 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 03.06.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 57 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 49 Myjnia ProhS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Myjka dezynfektor | ProhS Plus | Prohs | L16420125 | 8021505 | 2016 | Oddział Dermatologii | 12 | 1 | 31.08.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 58 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 50 Destylator Polna***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Destylator elektryczny | DE 20 plus | POLNA | 0033/17 | 8021633 | 2017 | APTEKA | 12 | 1 | 30.11.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 59 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 51 Tester Rigel***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Tester bezpieczeństwa elektrycznego urządzeń medycznych | Rigel 288 | RIGEL | 06D-1124 | F/ST/56/2012 | 2012 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych | 12 | 1 | 13.04.2023 |  |  |  |  |

**Załącznik nr 60 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 52 Stoły operacyjne Schaerer***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Stół operacyjny | AXIS 400 | SCHAERER | 2009 | 802344/95 | 1995 | Oddział Otorynolaryngologii | 12 | 1 | 14.06.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Stół operacyjny | AXIS 500 | SCHAERER | 3453 | 802698/06 | 2006 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny | 12 | 1 | 30.06.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Stół operacyjny | ARCUS601 | SCHAERER MEDICAL | AR-4505 | 802938 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 07.12.2023 |  |  |  |  |
| 4 | Stół operacyjny | ARCUS601 | SCHAERER MEDICAL | AR-4506 | 802939 | 2012 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny | 12 | 1 | 07.12.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik nr 61 do SWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***Pakiet nr 53 Respiratory Parapac***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Typ aparatu | Producent | Nr fabryczny | Nr inw. | Rok prod. | Miejsce użytkowania | częstotliwość | Ilość przeglądów w okresie umowy | Maksymalna data pierwszego przeglądu | Cena jednostkowa netto za przegląd  (zł) | VAT  % | Wartość netto  zł | Wartość brutto  zł |
| 1 | Respirator transportowy | PARAPAC PLUS | SMITHS | 1806086 | 8021675 | 2018 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG | 12 | 1 | 30.08.2023 |  |  |  |  |
| 2 | Respirator transportowy | PARAPAC 200D | SMITHS | 1104269 | 802902 | 2011 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 30.04.2023 |  |  |  |  |
| 3 | Respirator transportowy | PARAPAC 200D | SMITHS | 1310084 | 8021149/14 | 2013 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 12 | 1 | 31.08.2023 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**Załącznik Nr 63 do SWZ**

***klauzula informacyjna z art. 13 RODO***

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

* + administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-027 Katowice ul. Francuska 20/24;
  + W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych przez adres mailowy: [iod@spskm.katowice.pl](mailto:iod@spskm.katowice.pl) oraz pod adresem korespondencyjnym: Inspektor Danych Osobowych Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-027 Katowice ul. Francuska 20/24
  + Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w postępowaniu **- ZP-23-020BN”** prowadzonym w trybie podstawowym z możliwością negocjacji;
  + odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z późn. zm.), dalej „ustawa Pzp”;
  + Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
  + obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
  + w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
  + posiada Pani/Pan:
    - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
    - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych[[6]](#footnote-6);
    - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO[[7]](#footnote-7);
    - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
  + nie przysługuje Pani/Panu:
    - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
    - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c

1. *Zaznaczyć właściwe pole* **Uwaga:** zaznaczyć odpowiednie.

   ***Przez Mikroprzedsiębiorstwo rozumie się:*** *przedsiębiorstwo, które* ***zatrudnia mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR****.*

   ***Przez Małe przedsiębiorstwo rozumie się:*** *przedsiębiorstwo, które* ***zatrudnia mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR****.*

   ***Przez Średnie przedsiębiorstwa rozumie się: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami*** *i które* ***zatrudniają mniej niż 250 osób*** *i których* ***roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR******lub******roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.***

   ***Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych*** [↑](#footnote-ref-1)
2. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-2)
3. *wypełnia wykonawca*  [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

   obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

   osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

   osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

   w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia. [↑](#footnote-ref-5)
6. ***Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników;* [↑](#footnote-ref-6)
7. ***Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.* [↑](#footnote-ref-7)