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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 1: - Tomograf komputerowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** **urządzeń** | **Cena jednostkowa netto za miesięczną usługę serwisową jednego urządzenia**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x 24 miesiące***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Ilość przeglądóww ciągu** **2 lat dla jednego urządzenia** | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Tomograf komputerowy | Brilliance 64 CT | 1 |  |  |  |  | 4 | 2009 | Philips |

**Cena zadania 1**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 2: - Rezonans magnetyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** **urządzeń** | **Cena jednostkowa netto za miesięczną usługę serwisową jednego urządzenia**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x 24 miesiące***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Ilość przeglądóww ciągu** **2 lat dla jednego urządzenia** | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Rezonans magnetyczny | Achieva 1.5T serii A | 1 |  |  |  |  | 4 | 2011 | Philips |
| 2. | Rezonans magnetyczny | Ingenia 1.5T | 1 |  |  |  |  | 4 | 2014 | Philips |

**Cena zadania 2**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 3: Aparaty rentgenowskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** **urządzeń** | **Cena jednostkowa netto za miesięczną usługę serwisową jednego urządzenia**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x 24 miesiące***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Ilość przeglądóww ciągu** **2 lat dla jednego urządzenia** | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat rentgenowski | Allura Xper FD20 | 3 |  |  |  |  | 8 | 2009 | Philips |
| 2. | Aparat rentgenowski | Allura Xper FD10 | 1 |  |  |  |  | 8 | 2009 | Philips |

**Cena zadania 3**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy



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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 4: - Aparaty rentgenowskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat rentgenowski | AXIOM Luminos dRF | 1 | 2 |   |   |   |   | 2009 | SIEMENS |
| 2. | Aparat rentgenowski | ARCADIS Varic | 2 | 2 |   |   |   |   | 2009 | SIEMENS |
| 3. | Aparat rentgenowski | SIRESKOP CX, Syst. 3 | 1 | 2 |   |   |   |   | 1996 | SIEMENS |
| 4. | Aparat rentgenowski | MOBILETT Plus HP | 1 | 2 |   |   |   |   | 2000 | SIEMENS |
| 5. | Aparat rentgenowski | MOBILETT XP Digital | 2 | 2 |   |   |   |   | 2009 | SIEMENS |

**Cena zadania 4**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 5: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** **urządzeń** | **Cena jednostkowa netto za miesięczną usługę serwisową jednego urządzenia**  | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x 24 miesiące***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Ilość przeglądóww ciągu** **2 lat dla jednego urządzenia** | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Mammograf | MAMMOMAT Inspiration | 1 |  |  |  |  | 2 | 2009 | SIEMENS |
| 2. | Stacja robocza do mammografii | syngo MammoReport | 1 |  |  |  |  | 2 |  | SIEMENS |
| 3. | Aparat rentgenowski | Artis Zee Ceiling | 1 |  |  |  |  | 2 | 2014 | SIEMENS |

**Cena zadania 5**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawc

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 6: Ultrasonograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | OcuScan® RxP | 1 | 2 |   |   |   |   | 1999 | Alcon Laboratories, Inc. |

**Cena zadania 6**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 7: Ultrasonografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | ALOKA ProSound SSD-3500SX | 1 | 2 |   |   |   |   | 2011 | Hitachi Aloka Medical, Ltd. |
| 2. | Ultrasonograf | Aloka F31 | 1 | 2 |   |   |   |   | 2014 | Hitachi Aloka Medical, Ltd. |

**Cena zadania 7**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 8: Ultrasonografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | eZono® 4000 | 2 | 2 |   |   |   |   | 2014 | eZono® |

**Cena zadania 8**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 9: Ultrasonograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | IVUS s5x | 1 | 2 |   |   |   |   | 2013 | Volcano Corporation |

**Cena zadania 9**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 10: Ultrasonografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | Aplio 400 | 2 | 2 |   |   |   |   | 2012 | Toshiba |

**Cena zadania 10**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 11: Ultrasonografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Ultrasonograf | ACUSON S2000 | 3 | 2 |   |   |   |   | 2009 | Siemens |
| 2. | Ultrasonograf | ACUSON X150™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Siemens |
| 3. | Ultrasonograf | ACUSON X300™ | 2 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Siemens |
| 4. | Ultrasonograf | SONOLINE G50™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Siemens |

**Cena zadania 11**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 12: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | DASH® TM 4000 | 99 | 2 |   |   |   |   | --------- | General Electric Healthcare |
| 2. | Monitor pacjenta | Datex-Ohmeda® FM | 12 | 2 |  |  |  |  | 2010 | General Electric Healthcare |
| 3. | Monitor pacjenta | Datex-Ohmeda® S/5™ CCCM | 13 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 4. | Monitor pacjenta | Datex-Ohmeda® S/5™ CCM | 2 | 2 |  |  |  |  | 2006 | General Electric Healthcare |
| 5. | Monitor pacjenta | Datex-Ohmeda® S/5™ FM | 8 | 2 |  |  |  |  | 2006,2009 | General Electric Healthcare |
| 6. | Monitor pacjenta | S/5 CAM | 10 | 2 |  |  |  |  | 2009,2010 | General Electric Healthcare |
| 7. | Monitor pacjenta | S/5™ MRI Monitor | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 8. | Monitor pacjenta | CARESCAPE™ Monitor B650 | 5 | 2 |  |  |  |  | 2014 | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 12**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 13: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | Kompaktowy Fx 3000 | 6 | 2 |  |  |  |  | 2014 | EMTEL |
| 2. | Monitor pacjenta | FX 2000-centrala systemu | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011,2006 | EMTEL |
| 3. | Monitor pacjenta | FX 2000MD | 6 | 2 |  |  |  |  | -------- | EMTEL |
| 4. | Monitor pacjenta | FX 2000P | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | EMTEL |

**Cena zadania 13**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawc

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 14: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | Edan M8 / M8A | 2 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Edan Instruments |

**Cena zadania 14**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 15: Monitor pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | Goldway UT4000B | 1 | 2 |  |  |  |  | 2007 | Shenzhen Goldway  |

**Cena zadania 15**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 16: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | HCH-ESN-23-00 | 1 | 2 |  |  |  |  | 1987 | MEDUTEK Handelsgesellschaft |
| 2. | Monitor pacjenta | VITALMAX 4100 | 3 | 2 |  |  |  |  | 2001-2002 | Pace Tech, Inc. |
| 3. | Monitor pacjenta | UP-7000 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Creative Medical |

**Cena zadania 16**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 17: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | Cardio 9000 | 5 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Guangdong Biolight Meditech |

**Cena zadania 17**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 18: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta z wbudowanym modułem rzutu minutowego serca | PiCCO2™ | 5 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Maquet |

**Cena zadania 18** czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 19: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | IntelliVue MX700 | 9 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Philips |
| 2. | Monitor pacjenta | IntelliVue MX40 | 8 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Philips |
| 3. | Monitor pacjenta | IntelliVue X2 | 9 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Philips |
| 4. | Monitor pacjenta | AGILENT M1204A VIRIDIA | 4 | 2 |  |  |  |  | 1998 | Philips |

**Cena zadania 19**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY – po modyfikacji |

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 20: Monitory pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | IACS z C500 | 10 | **1** |  |  |  |  | 2014 | Dräger |
| 2. | Monitor pacjenta | IACS z C700 | 12 | **1** |  |  |  |  | 2014 | Dräger |
| 3. | Centrala pielęgniarska | ICS Wide | 5 | **1** |  |  |  |  | 2014 | Dräger |
| 4. | Nadajnik telemetryczny-przenośny monitor pacjenta | M300 | 6 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Dräger |

**Cena zadania 20**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 21: Diatermie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | AESCULAP® GN300 Nelson® deluxe | 1 | 2 |  |  |  |  | 1986 | B|Braun |
| 2. | Diatermia | AESCULAP® GN640 Nelson® deluxe | 4 | 2 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |
| 3. | Diatermia | AESCULAP® GN640 Nelson® deluxe | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | B|Braun |

**Cena zadania 21**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 22: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | BCC 140 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2008 | Söring GmbH |

**Cena zadania 22**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 23: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | ENRAF NONIUS CURAPULS 670 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Enraf-Nonius B.V. |

**Cena zadania 23**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 24: Diatermie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | ERBOTOM ICC 200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | ERBE Elektromedizin GmbH |
| 2. | Diatermia | ERBOTOM ICC 300 H | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | ERBE Elektromedizin GmbH |
| 3. | Diatermia | ERBOTOM ICC 300 H | 2 | 2 |  |  |  |  | 1995 | ERBE Elektromedizin GmbH |

**Cena zadania 24**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 25: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | GT-400 | 1 | 2 |  |  |  |  | 1995 | ZDTM Łódź |

**Cena zadania 25**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 26: Diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | THERMATUR 200 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2001 | TUR ELEKTROMEDIZIN |

**Cena zadania 26**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 27: Diatermie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Diatermia | ARTRO | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | EMED |
| 2. | Diatermia | endo | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | EMED |
| 3. | Diatermia | ES-120 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | EMED |
| 4. | Diatermia | ES-350 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | EMED |
| 5. | Diatermia | ES-350 Argon | 5 | 2 |  |  |  |  | 2010 | EMED |
| 6. | Diatermia | ES-350 Argon ThermoStapler® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2007 | EMED |
| 7. | Diatermia | ES-VISION | 5 | 2 |  |  |  |  | 2009 | EMED |
| 8. | Diatermia | SPECTRUM | 2 | 2 |  |  |  |  | 2014 | EMED |

**Cena zadania 27**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 28: Aparat do znieczulania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | Dameca MRI 508 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Philips |

**Cena zadania 28**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY – po modyfikacji |

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 29: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | Oxylog® 1000 | 1 | **1** |  |  |  |  | 1999 | Dräger |
| 2. | Respirator | Oxylog® 2000 plus | 2 | **1** |  |  |  |  | 1999 | Dräger |
| 3. | Respirator | Oxylog® 3000 plus | 7 | 1 |  |  |  |  | 2011 | Dräger |

**Cena zadania 29**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 30: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | HAMILTON G-5 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Hamilton Medical AG |
| 2. | Respirator | HAMILTON S-1 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2015 | Hamilton Medical AG |
| 3. | Respirator | HAMILTON-C1 | 1 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Hamilton Medical AG |

**Cena zadania 30**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 31: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | Evita® XL | 21 | 4 |  |  |  |  | --------- | Dräger |

**Cena zadania 31**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 32: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | CAREvent® ATV+ | 2 | 2 |  |  |  |  | 2010 | O-TWO MEDICAL TECHNOLOG. |

**Cena zadania 32**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 33: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | ParaPAC 200D | 2 | 2 |  |  |  |  | 2003 | PneuPAC Ltd |

**Cena zadania 33**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 34: Respiratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Respirator | Osiris 2 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2007 | Taema |

**Cena zadania 34**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 35: Inkubatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Inkubator | BABYTHERM 8010 | 1 | 4 |  |  |  |  | 2015 | Dräger |
| 2. | Inkubator | Caleo® | 1 | 4 |  |  |  |  | 2015 | Dräger |

**Cena zadania 35**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 36: Echokardiograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Echokardiograf | IE33 xMatrix | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Philips |

**Cena zadania 36**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 37: Echokardiograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Echokardiograf | Vivid E9™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 37**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 38: Lasery zabiegowe i okulistyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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. | Laser okulistyczny | SOLUTIS | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |
| 4. | Laser okulistyczny-zestaw | Supra 532 nm | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |

**Cena zadania 38**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 39: Lasery zabiegowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 39**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 40: Aparaty do znieczulania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | S/5 Avance® Carestation | 9 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 2. | Aparat do znieczulania | S/5 Aespire® 7100 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |
| 3. | Aparat do znieczulania | S/5 Aespire® 7900 SmartVent™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 40**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 41: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | DefiMax biphasic | 2 | 2 |  |  |  |  | 2013 | EMTEL |

**Cena zadania 41**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 42: Aparat do badania słuchu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 42**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 43: Aparat do krążenia pozaustrojowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do krążenia pozaustrojowwgo | Stockert S5 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Sorin Group |

**Cena zadania 43**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 44: Aparat do pomiaru przepływu krwi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 44**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 45: Aparat do rozmrażania krwi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do rozmrażania krwi | SAHARA III | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |

**Cena zadania 45**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 46: Aparat do wykonywania preparatów cytologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do wykonywania preparatów cytologii | BD PrepStain | 1 | 4 |  |  |  |  | 2013 | Becton Dickinson |

**Cena zadania 46**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 47: EMG (Elektromiograf)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | EMG (ELEKTROMIOGRAF) | Dantec Keypoint® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Natus Medical Inc |

**Cena zadania 47**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 48: Fotokoagulator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Fotokoagulator | Supra 532 nm | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Quantel Medical |

**Cena zadania 48**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 49: Moduł kontrolowania insulinoterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Moduł kontrolowania insulinoterapii SGC | SGC Space Control | 5 | 1 |  |  |  |  | 2014 | B|Braun |

**Cena zadania 49**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 50: Moduł rzutu minutowego serca**

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

**Cena zadania 50**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 51: Monitor nerwów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor nerwów | Neuromonitor C2 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | inomed Medizintechnik GmbH |

**Cena zadania 51**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 52: Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 52**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 53: Pompy do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa do kontrapulsacji wewnątrzaortalnej | CS100™ IABP | 3 | 2 |  |  |  |  | 2012 | MAQUET Getinge Group |

**Cena zadania 53**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 54: Pompa irygacyjna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa irygacyjna | PG 130 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | AESCULAP-CHIFA Sp. z o.o. |

**Cena zadania 54**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 55: Separator komórkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Separator komórkowy | XTRA® | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Sorin Group Deutschland |

**Cena zadania 55**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 56: Spirometr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | SPIROMETR | MasterScreen™ Pneumo | 1 | 2 |  |  |  |  | ---------- | CareFusion Corporation |

**Cena zadania 56**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 57: Spirometry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | SPIROMETR7 | Lungtest 1000 SB | 2 | 2 |  |  |  |  | 2007-8 | MES Sp. z o.o. |
| 2. | SPIROMETR7 | Lungtest 1000 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | MES Sp. z o.o. |

**Cena zadania 57**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 58: Stacja uzdatniania wody**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stacja uzdatniania wody | Aqua B duo | 1 | 2 |  |  |  |  | 2006 | Fresenius Medical Care |

**Cena zadania 58**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 59: Sterylizator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 59**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 60: System do elektrofizjologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | System do elektrofizjologii | LabSystem™ PRO EP | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | BARD |

**Cena zadania 60**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 61: Tomograf okulistyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Tomograf okulistyczny | Spectralis OCT | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | Heidelberg Engineering |

**Cena zadania 61**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 62: Wielofunkcyjne urządzenie do wykonywania terapeutycznej aferezy i ciągłych nerko-zastępczych zabiegów terapeutycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wielofunkcyjne urządzenie do wykonywania terapeutycznej aferezy i ciągłych nerko-zastępczych zabiegów terapeutycznych | Plasauto™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2011 | Asahi Kasei Kuraray |

**Cena zadania 62**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 63: Wstrzykiwacze kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | MEDRAD Stellant® CT Dual Injection Systems | 1 | 2 |  |  |  |  | ---------- | MEDRAD, Inc. USA |
| 2. | Wstrzykiwacz kontrastów | MEDRAD Spectris Solaris® EP MR Injection System | 2 | 2 |  |  |  |  | --------- | MEDRAD, Inc. USA |

**Cena zadania 63**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 64: Wstrzykiwacz kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | Angiomat Illumena 7261 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | MALLINCKRODT INC., |

**Cena zadania 64**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 65: Wstrzykiwacze kontrastów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wstrzykiwacz kontrastów | ACIST CVi® | 2 | 2 |  |  |  |  | 2014 | ACIST Medical Systems |

**Cena zadania 65**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 66: Zestaw do badań urodynamicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Zestaw do badań urodynamicznych | SOLAR | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | ---------- |

**Cena zadania 66**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 67: Procesor tkankowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Procesor tkankowy | Shandon Excelsior TMES | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Termo Fish |

**Cena zadania 67**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 68: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | CLW 400 STD | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | POL-EKO-APARATURA sp.j. |
| 2. | Cieplarka | CLW115 STD | 1 | 2 |  |  |  |  | 2009 | POL-EKO-APARATURA sp.j. |
| 3. | Cieplarka | CL-65 | 1 | 2 |  |  |  |  | 1998 | Sp.Pracy Wyt.-Konst."ELKON" |
| 4. | Cieplarka | C-30W | 2 | 2 |  |  |  |  | 2012 | WAMED  |
| 5. | Cieplarka | C-65G | 1 | 2 |  |  |  |  | 2012 | WAMED  |

**Cena zadania 68**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawc

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 69: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | SUT 6420 | 1 |  |  |  |  |  | 2003 | Heraeus / Getinge |
| 2. | Cieplarka | UB 6420 | 2 |  |  |  |  |  | 2002 | Heraeus / Getinge |
| 3. | Cieplarka | UB 6760 | 1 |  |  |  |  |  | 2002 | Heraeus / Getinge |
| 4. | Cieplarka | B 6030 | 1 |  |  |  |  |  | 2004 | Heraeus / Getinge |

**Cena zadania 69**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 70: Cieplarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Cieplarka | Mini 18 | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | Falc Instruments |
| 2. | Cieplarka | Venticell Standard | 1 | 2 |  |  |  |  | 2013 | BMT |

**Cena zadania 70**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 71: Łóżka rehabilitacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko rehabilitacyjne | SOLIDO2i SOLIDO 4 | 166 | 2 |  |  |  |  | ---------- | Stolter |
| 2. | Łóżko rehabilitacyjne | CARVALO | 93 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Stolter |

**Cena zadania 71**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 72: Łóżka wielopozycyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko wielopozycyjne | TotalCare® NP100 Connect | 9 | 2 |  |  |  |  | 2012 | Hill-Rom Corporate Offices |

**Cena zadania 72**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 73: Łóżka wielopozycyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko wielopozycyjne | ADATTO | 46 | 2 |  |  |  |  | 2009 | Merivaara Corp |

**Cena zadania 73**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 74: Łóżka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko transportowe | Transport Stretcher 737 | 17 | 2 |  |  |  |  | ----------- | STRYKER |
| 2. | Łóżko wielopozycyjne | GoBed II | 45 | 2 |  |  |  |  | ----------- | STRYKER |

**Cena zadania 74**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 75: Mikropłytkowy czytnik absorbancji**

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

**Cena zadania 75**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 76: Komora do hodowli bakterii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 zadania 76**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY – po modyfikacji |

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 77: Pompy infuzyjne i stacja dokująca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Pompa infuzyjna strzykawkowa | Jednostrzykawkowa, Perfusor®Space | 223 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |
| 2. | Pompa infuzyjna objętościowa | Infusomat®Space | 66 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |
| 3. | Stacja dokująca do pomp infuzyjnych | B.Braun SpaceStation MRI | 1 | 1 |  |  |  |  | ---------- | B|Braun |
| 4. | Stacja dokująca do pomp infuzyjnych | B.Braun SpaceStation 871 3140 | 55 | 1 |  |  |  |  | 2010 | B|Braun |

**Cena zadania 77**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 78: Komory laminarne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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 | K 700 Alpina | 1 | 2 |  |  |  |  | 2010 | ------------- |
| 5. | Komora laminarna | Lamil Plus | 2 | 2 |  |  |  |  | 2002 | KARSTULAN METALLI OY |

**Cena zadania 78**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 79: Wiertarki chirurgiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wiertarka chirurgiczna | GA674 | 3 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 2. | Wiertarka chirurgiczna | Microspeed® GD682 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 3. | Wiertarka chirurgiczna | Microspeed® GD684 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 4. | Wiertarka chirurgiczna | Elan GA825 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |
| 5. | Wiertarka chirurgiczna | GB200 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Aesculap |

**Cena zadania 79**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 80: Wiertarka chirurgiczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Wiertarka chirurgiczna | DYONICS™ 7205355 | 1 | 2 |  |  |  |  | --------- | Smith & Nephew Endoscopy |

**Cena zadania 80**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 81: Monitory pacjenta i stacja centralnego nadzoru**

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

**Cena zadania 81**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 82: Łóżka wielopozycyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Łóżko wielopozycyjne | Progressa®Pulmonary | 9 | 2 |  |  |  |  | 2014 | Hill-Rom Corporate |

**Cena zadania 82**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 83: Stoły zabiegowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stół zabiegowy | Magnus 1180 | 2 | 2 |  |  |  |  | 2013 | MAQUET |

**Cena zadania 83**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 84: Audiometr**

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

**Cena zadania 84**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 85: Aparaty rentgenowskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | APARAT RENTGENOWSKI | Arcoma T1 | 2 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Arcoma AB |

**Cena zadania 85**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 86: Aparatura medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **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. | KAMERA ENDOSKOPOWA – ZESTAW | Storz Image 1 HD 22201020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 12. | KONSOLA STERUJĄCA | Storz Powershaver SL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 13. | MONITOR | Storz, S.C. -SX19-A1511,19 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 14. | MONITOR | Storz S.C. - WU24-A1511 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 15. | POMPA SSĄCA | Storz Hamou Endomat | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 16. | TERMOFLATOR | Storz 26432020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 17. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | Storz Xenon Nova 175 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 18. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA | Storz Xenon 100 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 19. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 20. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | Telecam DX II 20232020 | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 21. | ZESTAW DO ENDOSKOPII | Telecam SL PAL | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 22. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |
| 23. | ŹRÓDŁO ŚWIATŁA | Storz 20113320 Halogen 250 Twin | 1 | 2 |  |  |  |  | ------------- | KARL STORZ |

**Cena zadania 86**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 87: Kardiotokografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Kardiotokograf | Corometrics®170 model | 8 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |
| 2. | Kardiotokograf | Corometrics®170 model | 2 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 87**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 88: Inkubatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Inkubator | Otwarty, Panda | 12 | 2 |  |  |  |  | ----------- | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 88**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 89: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | LIFEPAK® | 12 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |
| 2. | Defibrylator | LIFEPAK®15 | 3 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |
| 3. | Defibrylator | LIFEPAK®20 i 20e | 20 | 2 |  |  |  |  | ----------- | Physio Control |

**Cena zadania 89**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

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

**Znak sprawy: Z/37/PN/18**

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

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

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

**Zadanie 90: Defibrylatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu 2 lat****dla jednego urządzenia** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość urządzeń x ilość przeglądów***/** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Defibrylator | Responder 2000(\*) | 20 | 2 |  |  |  |  | 2009-10 | General Electric Healthcare |

**Cena zadania 90**, czyli cena ogółem oferty brutto: ................................zł, słownie: ................................................................................................ złotych

 ............... .....................................................................................

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

(\*) wymiana akumulatora raz na dwa lata