**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Jednorazowe zestawy na amputowane kończyny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Na palec - skład zestawu: torba 200x200 mm, 1 zimny kompres opatrunkowy, 1 koc izotermiczny.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| 2. | Na dłoń - skład zestawu: torba 300x250 mm, 2 zimne kompresy opatrunkowy, 1 koc izotermiczny.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| 3. | Na rękę - skład zestawu: torba 700x250 mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| 4. | Na nogę - skład zestawu: torba 1100x400 mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 2. Koce izotermiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Koc ratunkowy termoizolacyjny; folia PET z powłoką aluminiową, grubość min.12µm (srebrno/złota); wymiary 210 x 160±5cm. Wyrób medyczny.Termin ważności: minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 3. Koce izotermiczne typu Blizzard**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Koc termoizolacyjny typu Blizzard, z systemem zapięcia na rzep, zestawem pakietów grzewczych, pakowany próżniowo; koc wodno- i wiatroodporny, z możliwością spinania nadmiaru folii. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 4. Opatrunki hemostatyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Opatrunek hemostatyczny w postaci gazy/bandaża, zawierający środek hemostatyczny, nie przywierający do rany. Wymiar co najmniej 7,5 x 20 cm.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 5. Pakiety porodowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Jednorazowy zestaw przeznaczony do zabezpieczenia porodu w warunkach pozaszpitalnych. Zawierający opis zawartości w języku polskim. Poszczególne pakiety zestawu pakowane sterylnie. Okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata, zaznaczony/wskazany na opakowaniu. Zestaw podzielony na niezależne pakiety do użycia w odpowiedniej fazie porodu. Wymagany skład zestawu:pakiet wykorzystywany przed porodem: min. 2 pary rękawiczek min. 1 sterylny podkład min 1 sterylna serwetka wierzchnia min. 1 sterylne ręczniki do rąkpakiet wykorzystywany w czasie porodu: min. 4 sterylne tampony min. 1 sterylna gruszka min 4 sterylne klemy pępowinowe min. 1 sterylne nożyczkipakiet wykorzystywany po porodzie: min. 1 sterylna wyściółka min. 2 rękawiczki antyseptyczne min 1 kocyk dla noworodka min. 1 plastikowa torba na łożyskoCałość zestawu pakowana w sztywne opakowanie kartonowe.Termin ważności (tj. przydatności do użycia): minimum 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 6. Stazy automatyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Stazy automatyczne typu ri-clip, wykonane z wysokiej jakości tworzywa sztucznego; łatwe w zakładaniu przy użyciu jednej ręki; z zabezpieczeniem przed zaciąganiem małych włosków; z możliwością dezynfekowania standardowymi środkami oraz w autoklawie; bez lateksu.Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 7. Stazy jednorazowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Jednorazowa staza bezlateksowa, wykonana z szerokiego (minimum 2,5 cm), rozciągliwego paska gumy syntetycznej. Wysoka wytrzymałość na rozciąganie. Opakowanie zawierające 25-30 sztuk, które umożliwia wygodne dzielenie opasek | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 500 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 8. Stazy taktyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Staza taktyczna wykorzystywana w masywnym krwawieniu, wykonana z wytrzymałych materiałów, z aluminiowym kołowrotem do kontroli krwawienia i ucisku (dopuszcza się kołowrót wykonany z wytrzymałego, mocnego tworzywa sztucznego), regulowana konstrukcja, z wyściółką zapobiegającą otarciom naskórka. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 120 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 9. Worki na wymiociny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Worek posiadający wskaźnik poziomu, z podziałką minimum od 100 do 1000 ml oraz zaawansowany system zaworów uniemożliwiających wydostanie się treści i zapachu z zawartością substancji, która szybko przekształci płynną zawartość w galaretowatą substancję. Każdy worek pakowany osobno z widoczną datą ważności.Zamawiający dopuszcza worki w kolorze czerwonym.Termin ważności: minimum 1 rok. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 12 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 10. Zestawy do segregacji medycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kompletny zestaw TRIAGE do segregacji medycznej osób poszkodowanych zawierający komplet 50 opasek odblaskowych kodowanych kolorami, 20 kart segregacyjnych, 3 sztuki kamizelek odblaskowych (Koordynator Medyczny, Ratownik Medyczny, Transport), niezmywalny pisak, nożyczki ratownicze, latarka czołowo-ręczna.Zestaw wyposażony w torbę transportową z kieszeniami i przegrodami odporny na zabrudzenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | zest. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Opaski odblaskowe do segregacji osóbposzkodowanych komplet (czarna,zielona, czerwona, żółta) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 15 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Koordynator Medyczny, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Triage, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5.  | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Transport, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Karty z etui do segregacji osóbposzkodowanych, wykonane ze specjalnego papieru wodoodpornego i nierozrywalnego, umieszczonego w koszulce ochronnej z możliwością powieszenia na szyi | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Max. do uzyskania w tym zadaniu: 3 pkt.

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

**ZADANIE 11. Zestawy oparzeniowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość****Netto**(obliczyć: 5 x 6) | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT**(obliczyć: 7 x 8) | **Wartość****brutto**(obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Opatrunki hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej; nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; o silnym działaniu schładzającym; zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; nie podrażniające skóry i oczu; sterylne; nietoksyczne; nie przywierające do rany; opatrunek min. 20 cm x min. 20 cm. Wyrób medyczny klasy IIbOkres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 350 |  |  |  |  |  |
| 2. | Opatrunki hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej; nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; o silnym działaniu schładzającym; zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; nie podrażniające skóry i oczu; sterylne; nietoksyczne; nie przywierające do rany; opatrunek min. 40cm x min. 60 cm.Wyrób medyczny klasy IIbOkres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 240 |  |  |  |  |  |
| 3. | Hydrożel w formie półpłynnej, w butelce 125 ml na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej; do nanoszenia na bazowy materiał opatrunkowy; o silnym działaniu schładzającym; zmniejszający odczucie bólowe u poszkodowanego; nie podrażniający skóry i oczu; sterylny; nietoksyczny; nie przywierające do rany.Wyrób medyczny klasy IIbOkres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| 4. | Opatrunki twarzowe hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej; nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; o silnym działaniu schładzającym; zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; nie podrażniające skóry i oczu; sterylne; nietoksyczne; nie przywierające do rany; opatrunek min. 40cm x min. 60cm. Wyrób medyczny klasy IIbOkres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 180 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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