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

**Znak sprawy: Z/78/PN/24**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów w ciągu** **2 lat****wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat**wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Monitor pacjenta | CARESCAPE™ Monitor B450 | 20 | 40 |   |   |   |   | General Electric Healthcare |
| 2. | Monitor pacjenta | CARESCAPE™ Monitor B650 | 2 | 4 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 3. | Monitor pacjenta | CARESCAPE™ Monitor B125 V1.5 | 59 | 118 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 4. | Monitor pacjenta | B105 | 2 | 4 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 5. | Monitor pacjenta | CARESCAPE™ B850 v3 | 20 | 40 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 6. | Monitor pacjenta | Procare B40 | 2 | 4 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 7. | Monitor przenośny | CARESCAPE™ One  | 23 | 46 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 8. | Centrala pielęgniarska | iCentral | 3 | 6 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 9. | Centrala pielęgniarska | CSCS V2 | 3 | 6 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 10. | INKUBATOR | Giraffe | 2 | 4 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 11. | INKUBATOR | Otwarty, Panda | 8 | 16 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
|  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 1  |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/78/PN/24**

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

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

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

**Zadanie 2: Przegląd urządzeń / nia Aparat do znieczulenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów w ciągu** **2 lat****wszystkich urządzeń danego typu**  | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat**wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Aparat do znieczulania | S/5 Avance® Carestation | 9 | 18 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 2. | Aparat do znieczulania | S/5 Aespire® 7100 | 1 | 2 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 3. | Aparat do znieczulania | CARESTATION 650 A1 | 1 | 2 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
|  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 2 |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/78/PN/24**

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

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

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

**Zadanie 3: Przegląd urządzeń / nia Kardiotokograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów w ciągu** **2 lat****wszystkich urządzeń danego typu**  | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat**wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Kardiotokograf | Corometrics® 170 model 171 | 8 | 16 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
| 2. | Kardiotokograf | Corometrics® 170 model 172 | 2 | 4 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
|  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 |  |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/78/PN/24**

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

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

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

**Zadanie 4: Przegląd urządzeń / nia Elektrokardiograf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów w ciągu** **2 lat****wszystkich urządzeń danego typu**  | **Cena jednostkowa netto za jeden przegląd jednego urządzenia** | **Wartość netto oferty** */cena jednostkowa netto x ilość przeglądów w ciągu 2 lat**wszystkich urządzeń danego typu/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Elektrokaediograf | MAC® 800 | 27 | 54 |  |  |  |  | General Electric Healthcare |
|  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 4 |  |  |  |  |