**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**CZĘŚĆ 1. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Medirol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT**% | **Kwota VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 90 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy krzesełka Medirol.Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 40 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 65 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy transportera Medirol.Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy transportera Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 65 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy transportowych Medirol. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4. | Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy elektrycznych VIVERAZamawiający wymaga, aby naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | Części do sprzętu medycznego firmy Medirol wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 20 000 zł netto, 24 600 zł brutto. | - | - | - |  20 000,00 zł | 23% | 4 600,00 zł | 24 600,00 zł |
| 6. | Stawka za dojazd do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie/stawka za wysyłkę do-od Wykonawcy. **Odległość w kilometrach: ………….. (podać)**Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 10 000 zł netto, 12 300 zł brutto. | zł/zł | - | …./…. | 10 000,00 zł | 23% | 2 300,00 zł | 12 300,00 zł |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych i realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

Koszt dojazdu do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie podczas trwania Umowy musi być stały, z przeliczeniem stawki za 1 km.

Stawki za 1 km przebiegu pojazdu obowiązujące od 17 stycznia 2023 r.: dla samochodu osobowego: o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł, o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł.

Przegląd obejmuje:
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 2. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Hamilton**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT**% | **Kwota VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora transportowego Hamilton T1 wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego.Zamawiający wymaga, aby przeglądy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę respiratora Hamilton T1 wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 5000 zł netto, 6 150 zł brutto. | - | - | - | 5 000,00 zł | 23% | 1 150,00 zł | 6 150,00 zł |
| 3. | Stawka za dojazd do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie/stawka za wysyłkę do-od Wykonawcy.**Odległość w kilometrach: ………….. (podać)**Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 3 000 zł netto, 3 690 zł brutto | zł/zł | - | …./…. | 3 000,00 zł | 23% | 690,00 zł | 3 690,00 zł |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych i realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

Koszt dojazdu do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie podczas trwania Umowy musi być stały, z przeliczeniem stawki za 1 km.

Stawki za 1 km przebiegu pojazdu obowiązujące od 17 stycznia 2023 r.: dla samochodu osobowego: o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł, o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł.

Przegląd obejmuje:
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni (wpisać)**

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 3. Przeglądy serwisowe i naprawa wyposażenia ambulansu neonatologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT**% | **Kwota VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy zestawu do terapii tlenkiem azotu Bedfont Scientific Limited – Anglia NOXBOX2, z przepływomierzem, wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego.Zamawiający wymaga, aby przeglądy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę zestawu do terapii tlenkiem azotu. Zamawiający wymaga, aby naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 6 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy inkubatora ATOM V-808 wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy inkubatora ATOM V-808. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 6 |  |  |  |  |  |
| 3. | Części  do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 10 000 zł netto, 12 300 zł brutto. | - | - | - |  10 000,00 zł | 23% | 2 300,00 zł | 12 300,00 zł |
| 4. | Stawka za dojazd do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie/stawka za wysyłkę do-od Wykonawcy.**Odległość w kilometrach: ………….. (podać)**Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 3 000 zł netto, 3 690 zł brutto | zł/zł | - | …./…. | 3 000,00 zł | 23% | 690,00 zł | 3 690,00 zł |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych i realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

Koszt dojazdu do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie podczas trwania Umowy musi być stały, z przeliczeniem stawki za 1 km.

Stawki za 1 km przebiegu pojazdu obowiązujące od 17 stycznia 2023 r.: dla samochodu osobowego: o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł, o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł.

Przegląd obejmuje:
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego (jeżeli jest wymagane)
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni (wpisać)**

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 4. Przeglądy serwisowe i naprawa urządzeń do dezynfekcji metodą zamgławiania**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**(obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT**% | **Kwota VAT**(obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto**(obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy, urządzenia do dezynfekcji HYSPRAY wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 12 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy HYSPRAY wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 5 000 zł netto, 6 150 zł brutto. | - | - | - | 5 000,00 zł | 23% | 1150,00 zł | 6 150,00 zł |
| 3. | Stawka za dojazd do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie/stawka za wysyłkę do-od Wykonawcy **Odległość w kilometrach: ………….. (podać)**Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 3 000 zł netto, 3 690 zł brutto | zł/zł | - | …./…. | 3 000,00 zł | 23% | 690,00 zł | 3 690,00 zł |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

Koszt dojazdu do oddziału Zamawiającego przy ul. Woronicza 19 w Warszawie podczas trwania Umowy musi być stały, z przeliczeniem stawki za 1 km.

Stawki za 1 km przebiegu pojazdu obowiązujące od 17 stycznia 2023 r.: dla samochodu osobowego: o pojemności skokowej silnika do 900 cm³ – 0,89 zł, o pojemności skokowej silnika powyżej 900 cm³ – 1,15 zł.

Przegląd obejmuje:
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego (jeżeli jest wymagane)
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).