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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 1:** **Dostawa przewodów do aparatów EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Kabel EKG pacjenta przeznaczony do pracy z aparatami EKG firmy Aspel, modele: AsCARD A4, Mr Green, Mr Grey, Mr Red, Mr Blue, Mr Silver, Mr Gold. Kabel wyposażony w 10 odprowadzeń typu banan 4 mm. W pełni kompatybilny. | | 13 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Kabel główny (przedłużacz/połączeniowy) EKG – w pełni kompatybilny z **GE Healtcare Dash 4000, B125 , B450, B650, B850**, na 3 i 5 odprowadzeń, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. Długość min. 2,5 metra | | 60 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Kabel EKG, odprowadzeniowy, w pełni kompatybilny z **GE Healtcare Dash 4000, B125 , B450, B650, B850**, 5 odprowadzeń, klamra, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 60 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Kabel EKG, odprowadzeniowy, w pełni kompatybilny z **GE Healtcare Dash 4000, B125 , B450, B650, B850** , 3 odprowadzenia, klamra, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 60 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Kabel EKG pacjenta przeznaczony do pracy z aparatami EKG firmy GE Marquette (GE Medical Systems ), modeli: MAC 800,. Kabel EKG 10 odprowadzeniowy zakończony wtykami typu banan 4mm. W pełni kompatybilny. | | 15 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Kabel EKG pacjenta przeznaczony do pracy z aparatem EKG firmy Philips, model: Pagewriter TC20, TC50, Trim II  Kabel EKG 10 odprowadzeniowy zakończony wtykami typu banan 4mm. W pełni kompatybilny. | | 8 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 1 | | | | | |  | x |  | x | x |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 2: Dostawa elektrod EKG wielokrotnego użycia przyssawkowe i kończynowe (klamry) do aparatów EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty** */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Komplet elektrod (4 szt.) - EKG klipsowa/kończynowa dla dorosłych, pokryta warstą Ag/AgCl. Uchwyt mocujący przeznaczony do połączenia z wtykiem typu banan 4 mm. | | 13 | Kpl. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Komplet elektrod ( 4 szt.) - EKG klipsowa/kończynowa dla dzieci, pokryta warstą Ag/AgCl. Uchwyt mocujący przeznaczony do połączenia z wtykiem typu banan 4 mm. | | 5 | Kpl. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Komplet elektrod przyssawkowych (6 szt.) - średnica części metalowej 24 mm – dla dorosłych. Wielorazowe. Gniazdo do wtyku banan. | | 13 | Kpl. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Komplet elektrod przyssawkowych (6 szt.) - średnica części metalowej 15 mm – dla dzieci. Wielorazowe. Gniazdo do wtyku banan. | | 5 | Kpl. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 2 | | | | | |  | x |  | x | x |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 3: Dostawa przewodów EKG do monitorów Dräger Infinity M540**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Kabel dołączeniowy EKG, współpracujacy z m.in. Dräger Infinyty M540, liczba odprowadzeń 3, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 17 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Kabel dołączeniowy EKG, współpracujący z m.in. Dräger Infinyty M540, liczba odprowadzeń 5, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 17 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 | | | | | |  | x |  | x | x |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 4: Dostawa przewodów EKG do monitorów Comen C80**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Kabel monitorujący EKG, w pełni kompatybilny z **Comen C80**, liczba odprowadzeń 5, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 8 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 4 | | | | | |  | x |  | x | x |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 5: Dostawa kabli do defibrylatorów Lifepak**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Kabel monitorujący EKG – kompletny, w pełni kompatybilny z Physio Contro/ Stryker **LIFEPAK 12**, 5 odprowadzeń, zatrzask, wtyk **12 pin**, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2022 |  |
| 2. | Kabel monitorujący EKG – kompletny, w pełni kompatybilny z Physio Contro Stryker **LIFEPAK 15**, | | 9 | Szt. |  |  |  |  | 2022 |  |
| 3. | Kabel monitorujący EKG – kompletny, w pełni kompatybilny z Physio Contro/ Medtronic **LIFEPAK 20e**. 5 odprowadzeń, zatrzask, wtyk 11 pin, oznakowanie IEC1. Wielorazowy. | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2022 |  |
| 4. | Kabel monitorujący EKG, kabel główny do 12-odprowadzeniowego EKG z 4-odprowadzeniową wiązką odprowadzeń kończynowych, kabel do 12-odprowadzeniowego EKG z 6-odprowadzeniową wiązką odprowadzeń przedsercowych w pełni kompatybilny z Physio Control/Stryker: LIFEPAK 15, Physio-Control/Stryker | | 2 | Szt. |  |  |  |  | 2022 |  |
| 5. | Rurka napowietrzająca do mankietu NIBP, 1 żyłowa, Stryker albo odpowiednik. | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2022 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 5 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 6: Dostawa czujników SpO2 do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: Biolight M9000 i technologią: Wtyk 5 pin. | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: GE B450, B650, | | 53 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: GE DASH 4000 | | 41 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: GE B125, B105, Datex-Ohmeda® FM | | 73 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Czujnik SpO2, tożsamy z Datex Ohmeda TS-SA-D lub jego odpowiednik, wielorazowy, silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem:B850 | | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Czujnik SpO2, Nellcor DS-100A lub jego odpowiednik, wielorazowy, klips na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem. | | 17 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 6 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 7: Dostawa czujników SpO2 do kardiomonitorów UTAS UM-300**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość**  **urządzeń** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa sortymentu** |
| 1. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: UTAS UM-300. | | 6 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 7 | | | | | |  | x |  | x | x |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 8: Dostawa przewodów do pomiaru ciśnienia do kardiominitorów GE.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty** */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Przewód pomiaru ciśnienia, 2 żyłowy, GE Healthcare - Marquette lub odpowiednik, w pełni kompatybilny z wskazanymi urządzeniami: Carescape B450, Carescape B650, Carescape B850, Dash 4000 | | 89 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 8 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 9: Dostawa przewodów do pomiaru ciśnienia do kardiominitorów Dräger.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty** */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Rurka napowietrzająca do mankietu NIBP, 1 żyłowa, Dräger M540 lub jej odpowiednik. | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 9 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 10: Dostawa mankietów 1 i 2- żyłowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Wielorazowy mankiet 2-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla noworodków, rozmiar w przedziale **od 5 – do 11 cm, z dodatkowym pęcherzem** wewnętrznym | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Wielorazowy mankiet 2-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), pediatryczny, rozmiar w przedziale od **10 – do 19 cm**, z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Wielorazowy mankiet 2-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla osób dorosłych, rozmiar w przedziale **od 25 – do 35 cm,** z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 70 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Wielorazowy mankiet 2-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla osób dorosłych, duży, rozmiar w przedziale **od 33 – do 47** cm, z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Wielorazowy mankiet 1-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla noworodków, rozmiar w przedziale **od 6 – do 11 cm**, z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Wielorazowy mankiet 1-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), pediatryczny, rozmiar w przedziale **od 10 – do 19 cm,** z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7. | Wielorazowy mankiet 1-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla osób dorosłych, rozmiar w przedziale **od 25 – do 35 cm,** z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 25 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Wielorazowy mankiet 1-żyłowy, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla osób dorosłych, duży, rozmiar w przedziale **od 33 – do 47** cm, z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 10 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 11: Dostawa mankietu i napowietrzającej rurki do kardiomonitora Comen C80**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Wielorazowy mankiet, do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia (NIBP), dla osób dorosłych, rozmiar w przedziale **od 25 – do 35 cm, w pełni kompatybilna z** kardiomonitorem Comen C80, z dodatkowym pęcherzem wewnętrznym | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Rurka napowietrzająca do mankietu NIBP, w pełni kompatybilna z kardiomonitorem Comen C80 lub jej odpowiednik. | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 11 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 12: Dostawa mankietów infuzyjnych do szybkich przetoczeń**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | **Mankiet infuzyjny do szybkich przetoczeń, w pełni wyposażony (gruszka, zawór spustowy,**  **mechaniczny wskaźnik ciśnienia), objętość minimum 500ml, możliwość podwieszania,**  **zakres ciśnienia minimum 0-300 mm Hg.** | | 25 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 12 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 13: Dostawa asortymentu do ręcznego pomiaru ciśnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, **rozmiar w przedziale od 18 do 26 cm, zapinany na rzep** | | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, rozmiar w przedziale od **25 do 35 cm,** zapinany na rzep | | 9 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, rozmiar w przedziale od **33 do 47 cm**, zapinany na rzep | | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w **przedziale od 18 do 26 cm, zapinany na rzep** | | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy **mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w przedziale od 25 do 35 cm, zapinany na rzep** | | 9 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7 | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w przedziale **od 33 do 47 cm**, zapinany na rzep | | 25 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Manometr zegarowy/sprężynowy do ciśnieniomierza lekarskiego, skala wyrażona w „mmHg”, zakres od 0 do 300 jednostek | | 35 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 9. | Gruszka/pompka do ciśnieniomierzy ręcznych, wyposażona w 2 zawory | | 40 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 13 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 14: Podzespoły i części do serwisowania pomp infuzyjnych: strzykawkowych i objętościowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Zasilacz do pompy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 22 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Akumulator do pomp Braun lub w pełni z nim kompatybilny | | 120 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Uchwyt strzykawki pompy Perfusor Space Braun lub w pełni z nim kompatybilny | | 6 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Panel sterowania pompy Infusomat Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Zestaw zawiasów do pompy infuzyjnych Perfusor Space Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 14 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Adapter czujnika kropli pompy Infusomat Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | **25** | **Szt.** |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 14 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 15: Podzespoły i części serwisowania aparatów do hemodializy Dialog+**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Moduł detektora powietrza SAD aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Korpus pompy ceramicznej aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Moduł BLD V4 aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Zestaw akumulatorów 12V/7Ah aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braunlub w pełni z nim kompatybilny | | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Przetwornik ciśnienia aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Pompa zębata ze sprzęgłem FPE (V1) aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilna | | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7. | Uchwyt kapsuły górny z pokrywą aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun lub w pełni z nim kompatybilny | | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Uszczelka 9,19 x 2,62 aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilna, | | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 15 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 16: Ładowarka przyłóżkowa do telemetrii Infinity M300 firmy** **Dräger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Ładowarka przyłóżkowa do telemetrii Dräger Infinity M300 lub w pełni z nią kompatybilna | | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 16 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 17: Dostawa przewodów bipolarnych do diatermii chirurgicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Kabel wielorazowy bipolarny do laparaoskopu STORZ, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 3 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Kabel wielorazowy bipolarny do laparaoskopu STORZ, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 3 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Kabel wielorazowy bipolarny do aparatów ERBE, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 3 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Kabel bipolarny wielorazowy, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 4,5 metra, wtyk SDS lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Kabel bipolarny wielorazowy, do narzędzi producenta KARL STORZ, długość min. 2,5 metra, wtyk SDS lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Kabel wielorazowy elektrody neutralnej (jednorazowej), współpracujący z aparatami m.in. EMED i ERBE, długość min. 4,5 metry lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7. | Kabel wielorazowy elektrody neutralnej (jednorazowej), współpracujący z aparatami m.in. EMED i ERBE, długość min. 2,5 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Kabel wielorazowy bipolarny do instrumentów ThermoStapler, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 2,5 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 9. | Kabel bipolarny wielorazowy do instrumentów ThermoStapler, wtyk 2 x 2,6 mm, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 2,5 metry lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 10. | Kabel bipolarny wielorazowy do resetoskopu WOLF, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 4,5 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 11. | Kabel bipolarny wielorazowy do resetoskopu STORZ, współpracująca z aparatem EMED, długość min. 4,5 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 12. | Kabel bipolarny wielorazowy do narzędzi HiQ+, 2 wtykowy, współpracująca z aparatami UES-40, ESG-400, Erbe VIO, EMED, długość min. 3,5 metry, lub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 13. | Uchwyt wielorazowy elektrody jednorazowej – średnica 4 mm, wyposażony w 2 przyciski, wtyk SDS, długość przewodu min 3,5 metralub w pełni kompatybilny | | 12 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 17 | | | | | |  | x |  |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 18: Czujniki tlenowe i przepływu do sprzętu firmy Dräger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem AirShields Isolette C2000 lub w pełni z nim kompatybilny | | 32 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem Babylog 8000 plus, lub w pełni z nim kompatybilny | | 6 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem Evita XL, lub w pełni z nim kompatybilny | | 32 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | Czujnik przepływu do użytku z respiratorem Babylog 8000 plus (5 szt./ op.) lub w pełni z nim kompatybilny | | 1 | opak. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 18 | | | | | |  | x |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 19: Czujniki tlenowe i przepływu do sprzętu firmy GE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem GE Medical Systems Datex-Ohmeda Giraffe, lub w pełni z nim kompatybilny | | 8 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem GE Medical Datex Ohmeda Avance S/5, lub w pełni z nim kompatybilny | | 18 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Czujnik przepływu do użytku z aparatem GE Medical Datex Ohmeda Avance S/5, lub w pełni z nim kompatybilny | | 36 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 19 | | | | | |  | x |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 20: Czujniki tlenowe do sprzętu firmy Hamillton**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem typu C1/ T1, lub w pełni z nim kompatybilny | | 10 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 20 | | | | | |  | x |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 21: Czujnik tlenu do użytku z aparatem Care Fusion Infant Flow**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem Care Fusion Infant Flow w pełni z nim kompatybilny | | 6 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 21 | | | | | |  | x |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 22: Czujnik tlenu do użytku z aparatem ATOM Air Incu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem ATOM Air Incu, lub w pełni z nim kompatybilny | 4 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 22 | | | | |  | x |  |  |

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

**Znak sprawy: Z/100/PN/23**

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

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

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

**Zadanie 23: Dostawa termometrów bezdotykowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Przedmiot** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT**  **%** | **Wartość brutto oferty** */wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji**  ***Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Bezdotykowy termometr elektroniczny, wyświetlacz kolorowy, pamięć min. 32 pomiarów, dowolne miejsce pomiaru, jednostka pomiarowa °C / °F | | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 23 | | | | | |  | x |  |  |  |