|  |
| --- |
| Nr sprawy 1/2023 **Załącznik nr 2 do SWZ** |
| Formularz Asortymentowo – Cenowy |

|  |
| --- |
|  |
| **Część 1 (Zadanie nr 1) Aparat USG** |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia**  | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1.
 | **Aparat USG** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 2 (Zadanie nr 2) Aparat do zamykania naczyń krwionośnych – diatermia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Aparat do zamykania naczyń krwionośnych – diatermia**  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 3 (Zadanie nr 3) Aparat do kriochirurgii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Aparat do kriochirurgii**  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | **Sonda natryskowa** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | **Sonda kontaktowa**  | 3 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 4 (Zadanie nr 4) Pompa do żywienia dojelitowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Pompa do żywienia dojelitowego** | 10 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 5 (Zadanie nr 5) Urządzenie do terapii światłem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Urządzenie do terapii światłem** | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 6 (Zadanie nr 6) Aparat do laseroterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Aparat do laseroterapii**  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Sonda punktowa na podczerwień  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 7 (Zadanie nr 7) Rotor Elektryczny Pasywny i Aktywny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Rotor Elektryczny Pasywny i Aktywny**  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 8 (Zadanie nr 8) Podnośnik transportowo-kąpielowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Podnośnik transportowo-kąpielowy**  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 9 (Zadanie nr 9) Wózek inwalidzki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Wózek inwalidzki**  | 4 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 10 (Zadanie nr 10) Łóżka elektryczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Łóżko elektryczne**  | 22 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 11 (Zadanie nr 11) Łóżka z manualnym sterowaniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Łóżko z manualnym sterowaniem**  | 5 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 12 (Zadanie nr 12) Materac przeciwodleżynowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Materac przeciwodleżynowy**  | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 13 (Zadanie nr 13) Lampy bakteriobójcze**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Lampy bakteriobójcze**  | 6 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**Część 14 (Zadanie nr 14) Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość** | **Nazwa urządzenia/ typ/ model/rok produkcji/ Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość brutto** **w zł** |
|  |  |
| 1. | **Urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń**  | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

***Dokument składany w formie elektronicznej***

 ***opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowanym*** *, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym),*

*właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*