 Znak sprawy: SOZ.383.42.2021 Załącznik nr 3 do SWZ

**FORMULARZ CENOWY - zmodyfikowany**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | | | | **Nazwa urządzenia** | **Ilość szt.** | | | | | **Cena jednostkowa netto** | | | | | **Stawka VAT** | | | | **Cena jednostkowa brutto** | | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | | | **Oferowany przedmiotu zamówienia**  **(należy podać: nazwę handlową, która będzie znajdowała się na fakturze, typ, model, serię, nazwę producenta, rok produkcji - nie starszy nie 2021)** |
| **Pakiet 1 - Lampa diagnostyczna (zabiegowa) bezcieniowa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Lampa diagnostyczna (zabiegowa) bezcieniowa | 2 | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 2 – Defibrylator z kardiowersją** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Defibrylator z kardiowersją | 4 | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 3 - Elektrokardiograf - aparat 12-kanałowy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Elektrokardiograf - aparat 12-kanałowy | 1 | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **Pakiet 4 – Zestaw pomp ze stacjami dokującymi lub uchwytami z zasilaniem** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Zestaw pomp infuzyjnych w stacjach na OIOM z salą izolacyjną (zestaw) | 4 zestawy | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 2 | | | | Zestaw pomp infuzyjnych na Blok operacyjny (zestaw) | 2 zestawy | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 3 | | | | Zestaw pomp infuzyjnych na Salę wybudzeniową (zestawy) | 2 zestawy | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 4 | | | | Pompy strzykawkowe | 12 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 5 | | | | Pompy objętościowe | 8 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 5 - Aparat do znieczulenia z kardiomonitorem i respiratorem, kardiomonitory na OIOM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Aparat do znieczulenia z kardiomonitorem (komplet) | 1 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 2 | | | | Kardiomonitor na OIOM z centalą  (monitor pacjenta 4 szt., stacja monitorująca – 1 szt.) | 1 komplet | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 6 - Kardiomonitory dla IP z centralą monitorującą zestaw** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | Kardiomonitor na IP (kardiomonitor – 3 szt, stacja monitorująca – 1 szt.) | | | | | 1 komplet | | |  | | | | |  |  | | | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 7 - Respirator na OIOM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | | Respirator dla OIOM | | | | | 6 szt. | | | | |  | |  | | | |  | |  | | |  |  | |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
| **Pakiet 8 - Respirator transportowy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | Respirator transportowy | | | | | 1 szt. | | |  | | | |  | | | | | |  |  | | |  |  | |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |
| **Pakiet 9 - Aparat do terapii HFNC** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Aparat do terapii HFNC (High-Flow Nasal Cannula) | 2 komplety | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 10 - Cyfrowy zestaw do drenażu klatki piersiowej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Cyfrowy zestaw do drenażu klatki piersiowej | 10 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 11 – Wózki anestezjologiczne i reanimacyjne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Wózek anestezjologiczny | 7 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 2 | | | | Wózek reanimacyjne | 5 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 12 - Stoły operacyjne, zabiegowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Stół operacyjny z funkcją jazdy | 2 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| 2 | | | | Stół diagnostyczno-zabiegowy | 2 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |
| **Pakiet 13 - Myjnia do obuwia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | Myjnia do obuwia | 1 szt. | | | | |  | | | | |  | | | |  | |  |  | | |  |
| **RAZEM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |  |

........................................................................

(data i podpis osoby upoważnionej do

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)