**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**CZĘŚĆ 1. Akcesoria do defibrylatorów LifePak 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kabel główny do 12-odprowadzeniowego EKG z 4-odprowadzeniową wiązką odprowadzeń kończynowych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 7 |  |  | |  |  |  |
| 2. | Kabel do 12-odprowadzeniowego EKG-6-żyłowa wiązka odprowadzeń przedsercowych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 7 |  |  | |  |  |  |
| 3. | Standardowe łyżki twarde (para). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  |  | |  |  |  |
| 4. | Elektrody EDGE system ze złączem QUIK-COMBO i systemem redi-pak dorośli. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 450 |  |  | |  |  |  |
| 5. | Elektrody EDGE System RTS ze złączem QUIK-COMBO, pediatryczne. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 150 |  |  | |  |  |  |
| 6. | Kabel terapeutyczny QUIK-COMBO ze złączem True-Lock. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  |  | |  |  |  |
| 7. | Przewód NIBP spiralny. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  |  | |  |  |  |
| 8. | Mankiet NIBP wielorazowy dla osób otyłych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 6 |  |  | |  |  |  |
| 9. | Mankiet NIBP wielorazowy dla dorosłych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 12 |  |  | |  |  |  |
| 10. | Mankiet NIBP wielorazowy, pediatryczny. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 8 |  |  | |  |  |  |
| 11. | Czujnik do monitorowania końcowo-wydechowego stężenia CO2 (EtCO2) dla pacjentów intubowanych dorosły/ pediatryczny opakowanie 25 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 20 |  |  | |  |  |  |
| 12. | Bateria litowo-jonowa. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 20 |  |  | |  |  |  |
| 13. | Standardowa torba transportowa do defibrylatora LifePak. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 4 |  |  | |  |  |  |
| 14. | Pasek naramienny do defibrylatora LifePak. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 5 |  |  | |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**CZĘŚĆ 2. Atomizery do podawania leków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Atomizer do podawania leków w formie aerozolu do błon śluzowych nosa. Zestaw składa się z strzykawki 3 ml LL z poliuretanowym atomizerem, uwalniana mgiełka o wielkości od 30-100 mikronów. Pakowany w folię. Zestaw jednorazowego użytku, mikrobiologicznie czysty produkt.  Ważność produktu minimum 12 miesięcy od daty dostawy. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | zest. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**CZĘŚĆ 3. Kanistry i pokrowce do ssaków Boscarol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pokrowiec do ssaka Boscarol 2012/1000 wykonany z materiału typu PLAN (możliwość dezynfekcji, mycia), posiadający zewnętrzną kieszonkę zapinaną na rzep z odblaskowym pasem oraz pasek naramienny z możliwością regulacji długości w zakresie 90-120 cm, szerokość paska minimum 4 cm. Model pokrowca każdorazowo wskazywany przez Zamawiającego. Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kanister do wielokrotnego użytku, kompatybilny do ssaków OB1000, OB2012; OB - J -Liner (kanister pasujący do kołnierza plastikowego jak i materiałowego wymienionych ssaków), wykonany z przezroczystego, nietłukącego się tworzywa; ocechowany skalą pomiarową co 50 lub 100 ml, do pełnej pojemności wkładu - 500 lub 1000 ml; odporny na środki dezynfekujące, oraz parę; kompatybilny z wkładami jednorazowego użytku; bez dodatkowych przyłączy (otworów) typu próżnia/ssanie; posiadający informację o metodzie sterylizacji; pojemność: 1000 ml kształt walcowaty pasujący do obręczy trzymającej kanister (obręcz średnica wew. 9,5 cm), lub dostarczenie z odpowiednim uchwytem - do wyboru przez zamawiającego przy każdorazowym zamówieniu. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**CZĘŚĆ 4. Papier do defibrylatorów LifePak 15**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Papier do EKG, Wymiary: 106,5 mm x 23 m (rozmiar do zapisu bez marginesu 100 mm) kompatybilny do defibrylatora LIFEPAK 15.  Ważność produktu minimum 12 miesięcy od daty dostawy. | Producent:  ……….……..……  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**CZĘŚĆ 5. Wkłady workowe do ssaków elektrycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Wkład workowy jednorazowego użytku wykonany z polietylenu, bez zawartości PCV, posiadający funkcję samozasysania, zintegrowaną pokrywę wyposażoną w tylko 2 króćce (porty): pacjent oraz próżnia, zastawka hydrofobowa w roli filtru przeciwbakteryjnego i ochrony przed przepełnieniem, Kompatybilność wkładów z kanistrami o pojemności 1000 ml. Wyposażony w co najmniej 1 uchwyt do demontażu napełnionego wkładu, po jego zapełnieniu; podziałka co 100 ml pojemność: co najmniej 500 ml, data ważności nadrukowana fabrycznie na każdym wkładzie; pakowane pojedynczo.  Ważność produktu minimum 12 miesięcy od daty dostawy. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**CZĘŚĆ 6. Zestaw do szybkiej konikopunkcji dla dorosłych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Zestaw do szybkiej konikopunkcji dla dorosłych, jednorazowego użytku. Zestaw do metody jednostopniowej, niepirogenny nietoksyczny. W zestawie system mocowania kaniuli, kaniula w rozmiarze 4-6 mm, stoper kontroli głębokości wkłucia, zestaw do kontroli aspiracji gazów. Zestaw pakowany w tubie lub na tacce.  Okres ważności minimum 24 miesiące od daty dostawy.  **Parametry techniczne:** zestaw pakowany w tubie - tak – 1 pkt., nie – 0 pkt ……………….. (wpisać tak/nie) | Producent:  ……….……..……  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje nazwy/numeru katalogowego należy wpisać tę informację w formularzu, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Punkty za parametry techniczne: …….. / 1 pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.