Załącznik nr 1 do zapytania cenowego

**Wykaz asortymentowy- specyfikacja**

Nazwa przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa przedmiotu** | **Ilość planowana** | **j.m.** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Wartość netto [zł]** | **Stawka VAT%** | **Wartość brutto [zł]**  | **Opis usterki** |
| 1. | **Defibrylator Zoll E-Series** | **1** | **SZT.** |  |  | **23%** |  | Awaria modułu ładowania baterii, awaria płyty głównej |
| 2. | **Akumulator PD 4410 do defibrylatora Zoll** | **1** | **SZT.** |  |  | **23%** |  | Nie ładuje się, uszkodzona bateria/wskazana wymiana |
| 3. | **Ssak akumulatorowy Accuvac Basic** | **1** | **SZT.** |  |  | **23%** |  | Niska sprawność wbudowanej baterii |
| 4. | **Defibrylator AED PRO** | **1** | **SZT.** |  |  | **23%** |  | Niska sprawność baterii/wskazana wymiana baterii |
| 5. | **Defibrylator Heartsave AED** | **1** | **SZT.** |  |  | **23%** |  | Niska sprawność baterii/wskazana wymiana baterii |
| **RAZEM** |  | **x** |  |  |

Konserwacja i naprawa sprzętu medycznego

Dodatkowy opis przedmiotu zamówienia:

Koszt transportu/przejazdu do miejsca realizacji usługi zawarty w cenie zamówienia.

Zakładane warunki realizacji zamówienia:

Termin realizacji zamówienia: 30.06.2021 r. po podpisaniu umowy

Sposób i miejsce realizacji zamówienia: realizacja zamówienia miejsce odbioru: 4 Regionalna Baza Logistyczna Skład Duninów (k/Chocianowa)

Forma i termin płatności: do 30 dni od dnia otrzymania faktury wystawionej do spełnionego świadczenia

Gwarancja: 12 miesięcy

Uwagi: ……………………..……......…………………..…………………….…………………………………..

*Miejscem podpisania umowy jest siedziba 4. Regionalnej Bazy Logistycznej w miejscowości Wrocław, a datą zawarcia umowy jest data złożenia podpisu przez Komendanta.*