Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Łóżko do intensywnej terapii | szt. |  | 11 szt. |  |  |  |
| Łóżko szpitalne | szt. |  | 49 szt. |  |  |  |
| Szafka przyłóżkowa | szt. |  | 60 szt. |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Zestaw do centralnej próżni – na szynę Modura | szt. |  | 3 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Wózek do przewozu pacjenta w pozycji leżącej | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Myjnia dezynfekator do basenów i kaczek | szt. |  | 3 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Fotel do pobierania krwi | szt. |  | 3 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 6**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Fotel ginekologiczny | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 7**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Lampa zabiegowa sufitowa | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 8**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Kardiomonitor  | szt. |  | 9 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 9**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| KARDIOMONITOR MODUŁOWY Z urządzeniem do nieinwazyjnego pomiaru rzutu serca + zestaw do pomiarów hemodynamicznych metoda krwawą | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 10**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Aparat EKG | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 11**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Pompy infuzyjne**1-strzykawkowa** | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |
| Pompa infuzyjna**2-strzykawkowa** | Szt. |  | 6 szt. |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 12**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Stolik chirurgiczny  | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 13**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Respirator | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 14**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Zestaw do stymulacji endokawitarnej | szt. |  | 1szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 15**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Kardiowerter/Defibrylator  | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 16**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Zestaw do intubacji + AMBU | szt. |  | 2 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 17**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Stół zabiegowy  | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 18**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Zestaw do trudnej intubacji  | szt. |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |
| --- |
| ………………………………………………… |
| (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  do reprezentowania wykonawcy) |

Załącznik Nr 2 do SIWZ

Nr spr. SP ZOZ/DZ/9/2019

**\*FORMULARZ CENOWY\***

**Pakiet Nr 19**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Cena jednostkowa netto | Ilość | Łączna wartość netto | Stawka VAT | Łączna wartość brutto |
| Kardiostymulator zewnętrzny  |  |  | 1 szt. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ………………………………………………… |
|  |  | (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych |
|  |  |  do reprezentowania wykonawcy) |