**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 1 APARAT RTG PRZYŁÓŻKOWY CYFROWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy  (jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | 8 | 9 | | 10 | |
| 1. | **APARAT RTG PRZYŁÓŻKOWY CYFROWY** |  |  | **szt.** | **1** |  | |  |  | |  | |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | | XXX | |  | |  |
|  | |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .................................................... Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 2 AUTOKLAW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy (jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **AUTOKLAW** |  |  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, montażu i uruchomienia, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 3 URZĄDZENIE DO DEKONTAMINACJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **URZĄDZENIE DO DEKONTAMINACJI** |  |  | **szt.** | **3** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 4 APARAT DO ZNIECZULENIA Z KARDIOMONITOREM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy (jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **APARAT DO ZNIECZULENIA Z KARDIOMONITOREM** |  |  | **szt.** | **2** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | | XXX |  |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 5**

**APARATY DO MIERZENIA CIŚNIENIA: ELEKTRONICZNY WRAZ Z WYPOSAŻENIEM**

**TERMOMETRY BEZDOTYKOWE**

**STETOSKOPY**

**APARAT DO SZYBKIEGO TOCZENIA PŁYNÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **APARATY DO MIERZENIA CIŚNIENIA: ELEKTRONICZNY WRAZ Z WYPOSAŻENIEM** |  |  | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
| 2. | **TERMOMETRY BEZDOTYKOWE** |  |  | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
| 3. | **STETOSKOPY** |  |  | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
| 4. | **APARAT DO SZYBKIEGO TOCZENIA PŁYNÓW** |  |  | **szt.** | **10** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 6 APARAT EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **APARAT EKG** |  |  | **szt.** | **5** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 7 KARDIOMONITOR PRZENOŚNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **KARDIOMONITOR PRZENOŚNY** |  |  | **szt.** | **5** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, montażu, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 8 KOMORA LAMINARNA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **KOMORA LAMINARNA** |  |  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, montażu, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Nr spr. SP ZOZ/DZ/55/2020**

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

nazwa i adres Wykonawcy

Formularz asortymentowo-cenowy

**PAKIET NR 9 MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  asortymentu | Numer katalogowy(jeżeli dotyczy) | Producent + nazwa handlowa | J.m. | Ilość | Cena  jedn. netto w zł. | Wartość  netto w zł  [poz.6x7] | Stawka podatku  VAT  [w %] | Wartość brutto  [w zł]  [poz.8+9] |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA** |  |  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** | | | | | |  | XXX |  |

**UWAGA:**

1) Cena oferty winna być skalkulowana w sposób jednoznaczny, obejmując koszty dostawy, montażu, opakowania i ubezpieczenia na czas transportu.

2) Wykonawca oświadcza, że dostarczony przedmiot umowy jest kompletny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycji, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

........……………………., dnia……………………. .......................................................

Podpisy osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy