Nr sprawy: ZP/PN/63/2016

**Szpital Powiatowy w Zawierciu**

**ul. Miodowa 14**

**42-400 ZAWIERCIE**

woj. śląskie

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**POSTĘPOWANIE O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

**PROWADZONEGO W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

o wartości nie przekraczającej kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 2164 z późn. zmian.)

**NA USŁUGĘ**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Znak sprawy ZP/PN/63/2016**

**ZATWIERDZAM:**

## Zawiercie, dnia 16.01.2017r.

DYREKTOR

SZPITALA POWIATOWEGO

w Zawierciu

## Sprawdzono pod względem

## merytorycznym.**1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO.**

Nazwa zamawiającego: **Szpital Powiatowy w Zawierciu**

Adres zamawiającego: **ul. Miodowa 14**

Kod Miejscowość: **42-400 Zawiercie**

Telefon: **(32) 67 40 350**

Faks: **(32) 67 21 532**

Adres strony internetowej: [www.szpitalzawiercie.pl](http://www.szpitalzawiercie.pl/)

Adres poczty elektronicznej: [inwestycje@szpitalzawiercie.pl](mailto:inwestycje@szpitalzawiercie.pl)

Godziny urzędowania: w dni robocze od poniedziałku do piątku

od 7:30 do 15:00

## **2. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA.**

1. Postępowanie prowadzone jest w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z przepisami ustawy   
   z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r. poz. 2164 wraz z późniejszymi zmianami), w dalszej części SIWZ zwanej upzp.
2. Podstawa prawna opracowania specyfikacji istotnych warunków zamówienia:
   1. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz. 2164 wraz z późn.zm.).
   2. Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 26.07.2016r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz.U. z 2016 poz. 1126),
   3. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2015r. w sprawie średniego kursu złotego w stosunku do euro stanowiącego podstawę przeliczania wartości zamówień publicznych (Dz. U. z 2015r. poz.2254).
   4. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2015r. w sprawie kwot wartości zamówień oraz konkursów, od których jest uzależniony obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej (Dz. U. z 2015r. poz. 2263).

Wartość zamówienia jest mniejsza niż kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 pzp.

## **3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

3.1 Postępowanie dotyczy udzielenia zamówienia publicznego na usługi wykonywania pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu dla 68 części/pakietów zamówienia.

* 1. Przedmiot zamówienia obejmuje wszystkie niezbędne czynności wymagane w celu dopuszczenia sprzętu medycznego do dalszego użytkowania zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych, instrukcją obsługi oraz zaleceniami producenta urządzenia, a w szczególności:
     1. przeprowadzanie pogwarancyjnych przeglądów okresowych i kontroli stanu technicznego sprzętu medycznego,
     2. prowadzenie paszportów technicznych sprzętu medycznego tj. wprowadzanie każdorazowo wpisu   
        o wykonanych czynnościach, uszkodzeniach oraz o dopuszczeniu lub nie sprzętu medycznego do dalszego użytkowania wraz z datą wykonania następnego przeglądu.
  2. Czynności przeglądowe wykonywane zgodnie z zaleceniem producenta urządzenia, obejmujące   
     w szczególności:
     1. wymianę materiałów eksploatacyjnych,

1. sprawdzenie prawidłowości działania,
2. sprawdzenie i czyszczenie elementów aparatury i urządzeń,
3. sprawdzenie bezpieczeństwa mechanicznego i elektrycznego,
4. konserwacja ruchomych części mechanicznych,
5. prowadzenie na bieżąco dokumentacji przeglądów i dokonywanie stosownych wpisów do paszportów technicznych aparatury medycznej,
6. sprawdzenie instalacji, kontrola sprawności zaworów,
7. ustawianie (regulacja) wymaganych przez producenta parametrów, legalizację,
   1. Wykonawca będzie realizował przedmiot zamówienia osobami przeszkolonymi, posiadającymi stosowne kwalifikacje lub autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami i odnośnymi przepisami, a w szczególności zapisami art. 90 ustawy z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych.
   2. Czynności związane z przedmiotem zamówienia Wykonawca będzie wykonywał przy użyciu własnych narzędzi i materiałów oraz odpowiedniej aparatury pomiarowej w obiektach Zamawiającego, na wyposażeniu, których ten sprzęt się znajduje.
   3. Wykonawca w pełni odpowiada za zgodność i terminowość wykonania usługi.
   4. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone w mieniu Zamawiającego powstałe wskutek realizacji przedmiotu zamówienia.
   5. Wykonywanie czynności związanych z realizacją przedmiotu zamówienia odnotowywane będzie na bieżąco poprzez prowadzenie stosownej dokumentacji dla każdego sprzętu oddzielnie, a wykonanie tych czynności odebrane zostanie na podstawie raportów serwisowych podpisanych przez Użytkownika lub upoważnioną osobę ze strony Zamawiającego.
   6. Wykonawca realizuje usługę w godzinach pracy oddziału, pracowni itp. na wyposażeniu których znajduje się przedmiotowy sprzęt medyczny.
   7. Oznaczenie według CPV – 50.42.10.00-2 usługi w zakresie napraw i konserwacji sprzętu medycznego
   8. Przedmiot zamówienia został opisany w załącznikach: 1.1., 1.2., 1.4, 1.5., 1.6., 1.7., 1.8. 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1,14, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18, 1.19, 1.20, 1.21, 1.22, 1.24, 1.25, 1.26, 1.27, 1.28, 1.29, 1.30, 1.31, 1.32, 1.33, 1.34, 1.35, 1.36, 1.37, 1.38, 1.39, 1.40, 1.41, 1.42, 1.43, 1.44, 1.45, 1.46, 1.47, 1.48, 1.49, 1.50, 1.51, 1.52, 1.53, 1.54, 1.55, 1.56, 1.57, 1.58, 1.59, 1.60, 1.61, 1.62, 1.63, 1.64, 1.65, 1.66, 1.67, 1.68. do formularza ofertowego.

**4. TERMIN WYKONANIA.**

Planowany termin realizacji zamówienia:

1. Czas trwania umowy: Sukcesywnie przez 12 miesięcy od daty podpisania umowy, zgodnie z harmonogramem przesłanym przez wykonawcę.
2. Miejsce wykonania zamówienia: Szpital Powiatowy w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 ZAWIERCIE.

**5. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.**

O udzielenie zamówienia publicznego mogą ubiegać się wykonawcy, którzy:

1. nie podlegają wykluczeniu;
2. spełniają warunki udziału w postępowaniu.

Warunki udziału w niniejszym postępowaniu:

1. w zakresie kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej o ile to wynika z odrębnych przepisów: Zamawiający wymaga aby osoby świadczące usługi objęte SIWZ posiadały odpowiednie kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie i wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia;
2. w zakresie sytuacji ekonomicznej lub finansowej: Zamawiający nie stawia w tym względzie żadnych wymagań;

Wykonawca może polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.

Zamawiający dokona oceny spełniania warunków udziału w przetargu w oparciu o oświadczenia i dokumenty złożone przez wykonawcę zgodnie z rozdziałem 7 na zasadzie spełnia/nie spełnia.

**6. PODSTAWY WYKLUCZENIA Z ART. 24 UST. 5 UPZP.**

Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się:

1. - w stosunku do którego otwarto likwidację, w zatwierdzonym przez sąd układzie w postępowaniu restrukturyzacyjnym jest przewidziane zaspokojenie wierzycieli przez likwidację jego majątku lub sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 332 ust. 1 ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2015 r. poz. 978, 1259, 1513, 1830 i 1844 oraz z 2016 r. poz. 615) lub którego upadłość ogłoszono, z wyjątkiem wykonawcy, który po ogłoszeniu upadłości zawarł układ zatwierdzony prawomocnym postanowieniem sądu, jeżeli układ nie przewiduje zaspokojenia wierzycieli przez likwidację majątku upadłego, chyba że sąd zarządził likwidację jego majątku w trybie art. 366 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2015 r. poz. 233, 978, 1166, 1259 i 1844 oraz z 2016 r. poz. 615);
2. -który, z przyczyn leżących po jego stronie, nie wykonał albo nienależycie wykonał w istotnym stopniu wcześniejszą umowę w sprawie zamówienia publicznego lub umowę koncesji, zawartą z zamawiającym, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1–4, co doprowadziło do rozwiązania umowy lub zasądzenia odszkodowania;
3. - który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 15, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności.

Zamawiający może wykluczyć wykonawcę na każdym etapie postępowania o udzielenie zamówienia.

**7. WYKAZ OŚW/DOKUM O SPEŁNIANIU WAR. UDZIAŁU ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA.**

W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1b upzp należy złożyć następujące dokumenty i oświadczenia:

oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu;

Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami, według wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do Formularza Ofertowego;

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania, o których mowa w art. 24 ust. 1 upzp należy złożyć następujące dokumenty i oświadczenia:

oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 13-22

Inne żądane oświadczenia i dokumenty:

informacja o przynależności do grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.) wraz z listą podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej co Wykonawca – załącznik nr 4 do „Formularza ofertowego” – „INFORMACJA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ”. ”. Wykonawca w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji , o której mowa w art. 86 ust.5, przekazuje zamawiającemu oświadczenie o przynależności o braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej. Wraz ze złożeniem oświadczenia , wykonawca może przedstawia dowody , że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

wypełniony formularz ofertowy wraz z załącznikami;

pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego Wykonawców występujących wspólnie w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia;

pełnomocnictwo określające jego zakres, w przypadku, gdy oferta, oświadczenia Wykonawcy i inne dokumenty są podpisane lub potwierdzane za zgodność z oryginałem przez pełnomocnika Wykonawcy;

Wymagana forma składania dokumentów:

* 1. oświadczenia, wykazy sporządzone przez Wykonawcę – oryginał,
  2. dokumenty sporządzone, wystawione przez inne podmioty niż Wykonawca – oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę. Poświadczenie za zgodność z oryginałem powinno być sporządzone w sposób umożliwiający identyfikację podpisu (np. wraz z imienną pieczątką osoby poświadczającej kopię dokumentu za zgodność z oryginałem).
  3. pełnomocnictwa – oryginał;
  4. dokumenty sporządzone w języku obcym, winny być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski poświadczonym przez Wykonawcę.

**8. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚW/DOKUM.**

Zamawiający będzie porozumiewał się z wykonawcami w następujący sposób:

1. Zamawiający dopuszcza porozumiewanie się stron postępowania za pomocą poczty, telefaksu lub drogą elektroniczną z zastrzeżeniem punktu 2) i 3),
2. ofertę wraz z załącznikami wykonawca dostarczy Zamawiającemu do jego siedziby z zacho­waniem prawidłowej formy pisemnej,
3. oświadczenia, pytania, wnioski, zawiadomienia oraz informacje przekazane za pomocą telefaksu lub drogą elektroniczną uważa się za złożone w danym terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem tego terminu i została potwierdzona na piśmie;
4. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert - pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści SIWZ wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa wyżej, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami Zamawiający przekaże Wykonawcom, którym przekazał SIWZ, bez ujawniania źródła zapytania, a także zamieści na stronie internetowej. W przypadku rozbieżności pomiędzy treścią SIWZ a treścią wyjaśnień, jako obowiązującą należy przyjąć treść pisma zawierającego późniejsze oświadczenie Zamawiającego.

Osobą uprawnioną do porozumiewania się z wykonawcami w sprawie przedmiotowego postępowania jest:

Bartosz Drej Dział Zamówień Publicznych

[inwestycje@szpitalzawiercie.pl](mailto:inwestycje@szpitalzawiercie.pl)

fax. 32 67 21 532 , tel. 32 67 40 361

w godzinach pracy Zamawiającego.

## **9. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM.**

Zamawiający nie przewiduje konieczności wniesienia wadium.

## **10. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ.**

Wykonawca jest związany ofertą przez okres 30 dni.

Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu otwarcia ofert.

## **11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWYWANIA OFERT.**

1. Treść oferty musi odpowiadać treści niniejszej specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
3. Ofertę należy sporządzić w języku polskim, w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Oferta ma być napisana pismem maszynowym, komputerowym lub czytelnym pismem ręcznym.
4. Oferta musi obejmować całość zamówienia.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi składający ofertę.
6. Wykonawca może zmienić lub wycofać ofertę przed upływem terminu składania ofert.
7. Oferta z załącznikami musi być podpisana przez upoważnionego przedstawiciela wykonawcy. Do oferty musi być dołączone pełnomocnictwo lub inny dokument, z którego wynika prawo do podpisania oferty.
8. Wszystkie strony oferty muszą być kolejno ponumerowane oraz parafowane przez podpi­sującego ofertę upoważnionego przedstawiciela wykonawcy a w treści oferty winna być umieszczona informacja, z ilu kolejno ponumerowanych stron składa się oferta wraz z załącz­nikami.
9. Wszystkie strony oferty powinny być spięte (zszyte) w sposób trwały, zapobiegający możli­wości zdekompletowania oferty.
10. Do oferty muszą być dołączone w formie załączników dokumenty wyszczególnione w roz­dziale 7 niniejszej specyfikacji, złożone w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez wykonawcę.
11. Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie (opakowaniu), w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaru­szalność do terminu otwarcia ofert. Koperta (opakowanie) ma być zaadresowana do Zama­wiającego na adres podany w rozdziale 1 niniejszej specyfikacji, opatrzona nazwą oraz adre­sem wykonawcy oraz tytułem postępowania tj. Oferta przetargowa na „**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu” oraz dopiskiem „Nie otwierać przed datą otwarcia ofert.”**

## **12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT.**

* 1. Termin składania ofert upływa dnia **27.01.2017r. o godzinie 12:00** .
  2. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego: **Dział Zamówień Publicznych Szpitala Powiatowego w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 ZAWIERCIE, pokój Nr 14 Pawilon D.**
  3. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez otwierania, po upływie terminu przewidzianego na wniesienie odwołania.
  4. Z zawartością ofert nie można zapoznać się przed upływem terminu otwarcia ofert.
  5. Otwarcie ofert nastąpi w miejscu jw. w dniu **27.01.2017r. o godzinie 12:15**.
  6. Otwarcie ofert jest jawne.
  7. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
  8. Podczas otwarcia ofert Zamawiający poda nazwy (firmy) i adresy wykonawców, a także informacje dotyczące ceny. Informacje te zostaną niezwłocznie opublikowane na stronie internetowej Zamawiającego.

## **13. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY.**

1. Wyliczenie ceny oferty następuje poprzez skalkulowanie ryczałtowych wartości (cen) jednostkowych brutto ujętych w Specyfikacjach asortymentowo- ilościowo- wartościowych odpowiednio dla części zamówienia – zgodnie z załącznikami nr 1.1.-1.68 do formularza ofertowego.
2. Łączne wartości cen jednostkowych brutto ujęte w kolumnie RAZEM stanowią **cenę oferty**, którą należywpisać do *Formularza oferty* stanowiącego załącznik nr 2 do SIWZ.
3. Wszystkie wartości i ceny należy podać w złotych polskich.
4. Cena podana w ofercie musi zawierać wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.
5. Do porównania i oceny ofert zamówienia Zamawiający będzie brał pod uwagę cenę brutto za wszystkie elementy dostawy zamówienia.
6. Zamawiający w celu oceny oferty, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego zamawiającego (w przypadku wykonawcy zagranicznego z krajów Unii Europejskiej), zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrz wspólnotowego nabycia towarów, doliczy do przedstawionej w ofercie ceny podatek od towarów i usług, który zamawiający miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **14. OPIS KRYTERIÓW WYBORU OFERTY NAJKORZYSTNIEJSZEJ.**

1) Wybór najkorzystniejszej oferty będzie dokonany na podstawie kryteriów, osobnych na każdy dostarczony pakiet :

CENA -60%,

Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury – 40%,

Zamawiający przydzieli punktację za poszczególne kryteria wg następujących zasad:

* 1. za cenę (C) wg wzoru:

najniższa oferowana cena brutto

C = ------------------------------------------- x 100 x 60%

cena oferty ocenianej brutto

* 1. Termin płatności prawidłowo wystawionej i doręczonej faktury (T) wg wzoru:

T = Do 30 dni -0 pkt.

31-39 dni-10 pkt.

40-49 dni-20 pkt.

50-59 dni -30 pkt.

60 dni- 40 pkt.

1. Jako najkorzystniejsza zostanie wybrana oferta, która uzyska największą sumę punktów za ww. kryteria:

W=C+T

1. Jeżeli oferta wykonawcy zawierać będzie – zdaniem Zamawiającego – rażąco niską cenę w sto­sunku do przedmiotu zamówienia, Zamawiający zwróci się do wykonawcy udzielenie  
   w określonym terminie wyjaśnień dotyczących elementów oferty mających wpływ na wyso­kość ceny. Zamawiający odrzuci ofertę wykonawcy, który nie złoży wyjaśnień lub jeżeli dokonana ocena wyjaśnień potwierdzi, że oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.
2. Zamawiający przeprowadzi procedurę wyboru oferty najkorzystniejszej zgodnie z przepisem art. 24aa upzp (procedura odwrócona).

## **15. INFORMACJA O FORMALNOŚCIACH DO SPEŁNIENIA W CELU ZAWARCIA UMOWY.**

O wyniku postępowania Zamawiający zawiadomi niezwłocznie wykonawców, którzy ubiegali się   
o udzielenie zamówienia oraz opublikuje go na swojej stronie internetowej.

O ewentualnym unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia Zamawiający zawiadamia równocześnie wszystkich wykonawców, którzy ubiegali się o udzielenie zamó­wienia, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.

Zamawiający zawrze umowę w sprawie zamówienia publicznego z wybranym wykonawcą w ter­minie podanym w informacji o wyniku postępowania.

Przed podpisaniem umowy wybrany wykonawca przedłoży następujące dokumenty, które będą załącznikami do umowy:

pełna lista podwykonawców wraz z wykazem powierzonych im części realizacji zamówienia.

Jeżeli wykonawca, którego oferta została wybrana, uchylał się będzie od zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego, Zamawiający wybierze ofertę najkorzystniejszą spo­śród pozostałych ofert chyba, że w postępowaniu przetargowym złożono tylko jed­ną ofertę nie podlegającą odrzuceniu lub upłynął termin związania ofertą.

W przypadku, gdy zostanie wybrana, jako najkorzystniejsza oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, Wykonawca przed podpisaniem umowy przedłoży umowę regulującą współpracę Wykonawców.

## **16. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY.**

Zamawiający nie przewiduje wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

## **17.** **WZÓR UMOWY.**

Zamawiający wymaga, by wybrany wykonawca zawarł z nim umowę na warunkach określonych we wzorze (projekcie) umowy stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej specyfikacji.

## **18. POUCZENIE O ŚRODKACH OCHRONY PRAWNEJ PRZYSŁUGUJĄCYCH WYKONAWCY.**

* 1. Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów upzp, przysługują środki ochrony prawnej określone w Dziale VI ustawy Pzp. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 upzp.
  2. Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy Pzp czynności Zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której Zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy Pzp.
  3. Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności Zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami upzp, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
  4. Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w formie pisemnej albo elektronicznej opatrzonej bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu, przesyłając kopię odwołania Zamawiającemu w terminie 5 dni licząc od dnia przesłania informacji o czynności Zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu.
  5. W niniejszym postępowaniu odwołanie przysługuje jedynie wobec czynności:
     1. określenia warunków udziału w postępowaniu;
     2. wykluczenia odwołującego z postępowania o udzielenie zamówienia;
     3. odrzucenia oferty odwołującego;
     4. opisu przedmiotu zamówienia;
     5. wyboru oferty najkorzystniejszej.
  6. Na orzeczenie Krajowej Izby Odwoławczej, stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
  7. Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby Zamawiającego, za pośrednictwem Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Krajowej Izby Odwoławczej, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dn. 23 listopada 2012 r. - Prawo Pocztowe Dz.U. poz. 1529 jest równoznaczne z jej wniesieniem

## **19. ODSTĄPIENIA.**

Zamawiający dopuszcza składania ofert częściowych na 66 części zamówienia. Wykonawca może złożyć oferty na dowolną ilość części zamówienia.

1. Zamawiający nie przewiduje zawarcia umowy ramowej.
2. Zamawiający nie przewiduje aukcji elektronicznej.
3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
4. Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.
5. Zamawiający nie przewiduje możliwości prowadzenia rozliczeń w walutach obcych.

## **20. ZAMÓWIENIA UZUPEŁNIAJĄCE.**

Zamawiający nie przewiduje udzielenie zamówień uzupełniających.

## **21. PODWYKONAWCY.**

Zamawiający dopuszcza wykonanie przedmiotu zamówienia przy udziale podwykonawców. Zamawiający nie wprowadza zastrzeżenia wskazującego na obowiązek osobistego wykonania przez Wykonawcę kluczowych części zamówienia. Wykonawca może powierzyć wykonanie części zamówienia podwykonawcy.

W przypadku powierzenia wykonania części zamówienia podwykonawcy, Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę w ofercie (Formularzu Oferty) części zamówienia, której wykonanie zamierza powierzyć podwykonawcy, oraz podania przez Wykonawcę nazw (firm) podwykonawców, na których zasoby wykonawca powołuje się na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b upzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 upzp.

Jeżeli zmiana albo rezygnacja z Podwykonawcy dotyczy podmiotu, na którego zasoby wykonawca powoływał się, na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b upzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 upzp, Wykonawca zobowiązany jest wykazać Zamawiającemu, iż proponowany inny podwykonawca lub Wykonawca samodzielnie spełnia je   
w stopniu nie mniejszym niż wymagany w trakcie postępowania o udzielenie zamówieniu.

Szczegółowe wymagania Zamawiającego dotyczące Podwykonawców, dalszych Podwykonawców i umów z nimi zawieranych zostały przedstawione w projekcie umowy w załączniku nr 1 do SIWZ – „Wzór umowy” i w załącznikach do niego.

## **22. ZAŁĄCZNIKI DO SIWZ.**

1. Załącznik nr 1 – Wzór (projekt) umowy.
2. Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy wraz z załącznikami:
   1. Załącznik nr 1. do Formularza ofertowego – Formularze asortymentowo-wartościowo-ilościowe odpowiednio dla 66 części zamówienia.
   2. Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego – Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu.
   3. Załącznik nr 3 do Formularza ofertowego – Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z postępowania.
   4. Załącznik nr 4 do Formularza ofertowego – Informacja o przynależności do grupy kapitałowej.
   5. Załącznik nr 5 do Formularza ofertowego – Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia.

***Załącznik nr 1 do SIWZ.***

**Wzór (projekt) umowy.**

**UMOWA Nr ………….. / 2016**

zawarta w dniu 2016r.

pomiędzy:

**Szpitalem Powiatowym w Zawierciu,**

**42-400 Zawiercie,**

**ul. Miodowa 14,**

**wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji, Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000126179,**

**NIP 6491918293, REGON 276271110**

**reprezentowanym przez :**

**Dyrektora** - **Anna Pilarczyk-Sprycha**

zwanym w dalszej części umowy **„ZAMAWIAJĄCYM”**

a

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

reprezentowane przez:

………………………………………………………………………………

zwane w dalszej części umowy **„WYKONAWCĄ”**

wyłonionym w trybie przetargu nieograniczonego w ramach postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego Nr ZP/PN/63/2016 Szpitala Powiatowego w Zawierciu, realizowanego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.), zwanej w dalszej części *Prawo zamówień publicznych*.

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest wykonanie usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego określonego w Specyfikacji Asortymentowo- Ilościowo- Wartościowej Pakiet nr … stanowiącej załącznik do umowy będącego na wyposażeniu Szpitala Powiatowego   
w Zawierciu.

2. Szczegółowe warunki wykonywania przedmiotu niniejszej umowy zawiera również SIWZ   
i złożona przez Wykonawcę oferta z dnia …………………

**§ 2**

1. Zamawiający za wykonany przez Wykonawcę przegląd okresowy na zasadach i warunkach określonych w niniejszej umowie i załącznikach zapłaci Wykonawcy jednorazowo kwotę w wysokości …………….. + …….. VAT słownie: …………………………. za pakiet nr…….

\*ilość podpunktów w **§**2 zostanie powielona w zależności od ilości wygranych pakietów przez daną firmę.

**§3**

1. Strony ustalają, że ceny netto podane w § 2 są stałe i niezmienne i obejmują całość należnego Wykonawcy wynagrodzenia. Cena została określona w PLN.
2. W przypadku zmiany stawki podatku VAT w ramach niniejszej umowy, zmiana stawki następuje z dniem wejścia w życie przepisów zmieniających stawkę. Wykonawca ma obowiązek poinformować w formie pisemnej Zamawiającego o zaistniałej zmianie stawki podatku VAT.

**§ 4**

Koszty dojazdu do miejsca wykonywania usługi (szpitala) przy wykonaniu przedmiotu Umowy ponosi Wykonawca.

**§ 5**

Wykonawca zobowiązuje się do przystępowania do wykonania usługi przeglądu

*w terminie od 14 do 3 dni do daty wygaśnięcia poprzedniego przeglądu wg harmonogramu przesłanego mu przez Zamawiającego określonego w Załączniku nr…*

w terminie do …… dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego konieczności wykonania przeglądu sprzętu medycznego określonego w formularzu oferty dla Pakietu nr …

**§ 6**

* + 1. Ze strony Zamawiającego nadzór nad wykonaniem przedmiotu umowy **sprawować będą:**

**Osobą** odpowiedzialną za realizację niniejszej umowy ze strony Zamawiającego jest tzn. sprawuje nadzór merytoryczny: ……………………………

1. Do kontaktów po stronie Zamawiającego upoważniony jest:

p. Grzegorz Kwiecień tel: 32 67 40 360

2. Do kontaktów po stronie Wykonawcy upoważniony jest:

p. …………………………………………

3. Wykonawca jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania Zamawiającego   
o zmianie  numerów telefonów, o których mowa w tym ustępie pod rygorem uznania, że pierwsza próba połączenia pod dotychczasowym numerem stanowić będzie skuteczne zgłoszenie.

**§ 7**

1. Płatność za wykonaną usługę następuje przelewem w złotych polskich, w terminie **……..** (słownie ………………..) licząc od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT Wykonawcy za wykonaną usługę w danym, pakiecie.

2. Za niedotrzymanie terminu określonego w harmonogramie usług Zamawiający naliczy karę umowną w wysokości 100 zł za każdy dzień opóźnienia od każdej pozycji w pakiecie. Zastrzeżenie kary umownej nie wyłącza możliwości dochodzenia przez Zamawiającego na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.

3. Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**§ 8**

1. Wszelkie reklamacje związane z wykonaniem niniejszej umowy Zamawiający powinien zgłaszać Wykonawcy na piśmie w terminie 14 dni od daty zaistnienia zdarzenia.

2.Wykonawca powinien rozpatrzyć reklamacje w terminie 14 dni.

**§ 9**

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach. W takim wypadku Wykonawca ma prawo żądać jedynie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.
2. Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy opóźnienie w zrealizowaniu umowy przekroczy 14 dni kalendarzowych.
3. Oświadczenie Zamawiającego o rozwiązaniu umowy zostanie wysłane listem poleconym na adres Wykonawcy podany w umowie.
4. Rozwiązanie umowy na podstawie ust. 2 niniejszego paragrafu nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kar umownych i odszkodowań.

**§ 10**

***Postanowienia końcowe***

1. Wykonawca przyjmuje do wiadomości, zgodnie z art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, że czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Czynność prawna dokonana bez zgody, o której mowa powyżej, jest nieważna.
2. Wykonawca gwarantuje i zobowiązuje się, że bez uprzedniej pisemnej zgody Zamawiającego pod rygorem bezskuteczności:
3. jakiekolwiek prawa Zamawiającego związane bezpośrednio lub pośrednio z umową,   
   a w tym wierzytelności Zamawiającego z tytułu wykonania umowy i związane z nimi należności uboczne (m. in. odsetki), nie zostaną przeniesione na rzecz osób trzecich;
4. nie dokona jakiejkolwiek czynności prawnej lub też faktycznej, której bezpośrednim lub pośrednim skutkiem będzie zmiana wierzyciela Zamawiającego;
5. nie zawrze umów przelewu, poręczenia. zastawu, hipoteki, przekazu oraz o skutku subrogacji ustawowej lub umownej;
6. celem dochodzenia jakichkolwiek praw z umowy nie udzieli upoważnienia, w tym upoważnienia inkasowego, innej firmie, w tym firmie prowadzącej pozostałą finansową działalność usługową, gdzie indziej nie sklasyfikowaną, jak i pozostałe doradztwo   
   w zakresie prowadzenia działalności gospodarczej i zarządzania w rozumieniu m.in. przepisów Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2007r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności, tj. firmom zajmującym się działalnością windykacyjną.   
   Wykonawca przyjmuje do wiadomości, że złożenie oświadczenia woli obejmującego treść umowy o cechach poręczenia zobowiązania Zamawiającego, stanowi naruszenie przez Wykonawcę zakazu umownego, bez względu na skuteczność prawną składanego oświadczenia woli.
7. Wykonawca zobowiązuje się i przyjmuje do wiadomości co następuje:
8. zaplata za świadczenia wykonane zgodnie z umową nastąpi tylko i wyłącznie przez Zamawiającego bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, i tylko w drodze przelewu na rachunek Wykonawcy lub też gotówką bezpośrednio do Wykonawcy;
9. umorzenie długu Zamawiającego do Wykonawcy poprzez uregulowanie w jakiejkolwiek formie na rzecz innych podmiotów niż bezpośrednio na rzecz Wykonawcy, może nastąpić wyłącznie za poprzedzającą to uregulowanie zgodą Zamawiającego wyrażoną w formie pisemnej pod rygorem bezskuteczności.
10. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 2, Wykonawcy zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 2 % łącznej ceny brutto, o której mowa w § 3 ust 1 Umowy za każdy przypadek naruszenia, co nie narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.
11. W razie naruszenia obowiązku opisanego wyżej w ustępie 3, Wykonawcy zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary umownej w wysokości 2 % łącznej ceny brutto, o której mowa w 3 ust. 1 Umowy za każdy przypadek naruszenia. co nic narusza prawa Zamawiającego do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej na zasadach ogólnych.
12. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mieć będą odpowiednie przepisy Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.) i Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 380 z pózn. zmian.).
13. Załączniki do umowy, oferta Wykonawcy oraz SIWZ stanowią integralną część umowy.
14. Spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy strony zobowiązują się przede wszystkim załatwić w drodze ugody, a w przypadku nie osiągnięcia porozumienia, sprawy sporne będą rozstrzygane na drodze sądowej przez właściwe miejscowo i rzeczowo dla siedziby Zamawiającegosądy powszechne.
15. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze   
    stron.

**ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA**

***Załącznik nr 2 do SIWZ***

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

pieczęć wykonawcy lub wykonawców

ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia

**Szpital Powiatowy w Zawierciu**

**ul. Miodowa 14**

**42-400 ZAWIERCIE**

**woj. śląskie**

**FORMULARZ OFERTY**

Ja / My, niżej podpisany/i

………………………………………………….…………………………………….................

działając w imieniu i na rzecz:

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

*(pełna nazwa wykonawcy* )

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

(*adres siedziby wykonawcy* )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGON:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **NIP:** |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |

**Tel.** ……………………………………………… **, Fax.** …………………….…………..……

**Adres e-mail:** ..................................................................

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym składam/y ofertę na usługi pn.: „**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.”**i oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym *Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia* (Znak postępowania ZP/PN/63/2016) na następujących warunkach:

1. **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem**:

**1.1. Pakiet nr 1**

**1.1.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.1.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.2. Pakiet nr 2**

**1.2.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.2.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.4. Pakiet nr 4**

**1.4.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.4.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.5. Pakiet nr 5**

**1.5.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.5.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.6**

**Pakiet nr 6**

**1.6.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.6.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.7. Pakiet nr 7**

**1.7.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.7.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.8. Pakiet nr 8**

**1.8.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.8.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.9. Pakiet nr 9**

**1.9.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.9.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.10. Pakiet nr 10**

**1.10.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.10.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.11. Pakiet nr 11**

**1.1.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.1.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.12. Pakiet nr 12**

**1.12.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.12.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.13. Pakiet nr 13**

**1.13.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.13.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.14. Pakiet nr 14**

**1.14.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.14.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.15. Pakiet nr 15**

**1.15.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.15.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.16. Pakiet nr 16**

**1.16.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.16.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.17. Pakiet nr 17**

**1.17.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.17.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.18. Pakiet nr 18**

**1.18.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.18.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.19. Pakiet nr 19**

**1.19.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.19.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.20. Pakiet nr 20**

**1.20.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.20.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.21. Pakiet nr 21**

**1.21.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.21.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.22. Pakiet nr 22**

**1.22.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.21.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.24. Pakiet nr 24**

**1.24.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.24.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.25. Pakiet nr 25**

**1.25.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.25.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.26. Pakiet nr 26**

**1.26.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.26.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.27. Pakiet nr 27**

**1.27.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.27.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.28. Pakiet nr 28**

**1.28.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.28.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.29. Pakiet nr 29**

**1.29.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.29.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.30. Pakiet nr 30**

**1.30.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.30.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej faktury….. dni.**

**1.31. Pakiet nr 31**

**1.31.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.31.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.32. Pakiet nr 32**

**1.32.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.32.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.33. Pakiet nr 33**

**1.33.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.33.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.34. Pakiet nr 34**

**1.34.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.34.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.35. Pakiet nr 35**

**1.35.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.35.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.36. Pakiet nr 36**

**1.36.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.36.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.37. Pakiet nr 37**

**1.37.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.37.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.38. Pakiet nr 38**

**1.38.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.38.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.39. Pakiet nr 39**

**1.39.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.39.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.40. Pakiet nr 40**

**1.40.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.40.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.41. Pakiet nr 41**

**1.41.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.41.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.42. Pakiet nr 42**

**1.42.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.42.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.43. Pakiet nr 43**

**1.43.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.43.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.44. Pakiet nr 44**

**1.44.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.44.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.45. Pakiet nr 45**

**1.45.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.45.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.46. Pakiet nr 46**

**1.46.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.46.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.47. Pakiet nr 47**

**1.47.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.47.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.48. Pakiet nr 48**

**1.48.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.48.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.49. Pakiet nr 49**

**1.49.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.49.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.50. Pakiet nr 50**

**1.50.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.50.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.51. Pakiet nr 51**

**1.51.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.51.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.52. Pakiet nr 52**

**1.52.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.52.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.53. Pakiet nr 53**

**1.53.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.53.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.54. Pakiet nr 54**

**1.54.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.54.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.55. Pakiet nr 55**

**1.55.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.55.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.56. Pakiet nr 56**

**1.56.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.56.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.57. Pakiet nr 57**

**1.57.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.57.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.58. Pakiet nr 58**

**1.58.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.58.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.59. Pakiet nr 59**

**1.59.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.59.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.60. Pakiet nr 60**

**1.60.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.60.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.61. W zakresie Części 61 zamówienia\* *-* Pakiet nr 61**

**1.61.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.61.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.62. Pakiet nr 62**

**1.62.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.62.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.63. Pakiet nr 63**

**1.63.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.63.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.64. Pakiet nr 64**

**1.51.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.64.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.65. Pakiet nr 65**

**1.65.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.65.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.66. Pakiet nr 66**

**1.66.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.66 .2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.67. Pakiet nr 67**

**1.67.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.67.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej i dostarczonej faktury….. dni.**

**1.68. Pakiet nr 68**

**1.68.1. Za cenę (wraz z podatkiem VAT): ...................………………złotych**

słownie złotych: .......................................................................................................

w tym podatek VAT : .........................................................................złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

wartość netto: .............................................................................................. złotych

słownie złotych: ......................................................................................................

obliczoną zgodnie z wypełnioną i załączoną do niniejszej oferty Specyfikacją Asortymentowo–Ilościowo–Wartościową stanowiącą załącznik Nr 1.1 do SIWZ.

**1.68.2. Termin płatności prawidłowo wystawionej faktury….. dni.**

1. Oświadczam/y, że powyższe ceny oferty zawierają wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, jakie ponosi **Zamawiający** w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczam/y, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w *Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*, tj**. 30 dni** od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczamy (-y), że termin płatności faktur VAT za zobowiązania wynikające z realizacji umowy wynosi 60 dni kalendarzowych licząc od dnia otrzymania faktury VAT przez Zamawiającego (zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 8 marca 2013 r. *o terminach zapłaty w transakcjach handlowych* (Dz. U. z 2013r., poz. 403).

Oświadczamy (-y), że:

**Nie zamierzam (-y)** zlecać wykonania części zamówienia podwykonawcom\*.

**Zamierzam (-y)** zlecić podwykonawcom wykonanie następującej części zamówienia\*:

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Części zamówienia - jakie Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

1. Ofertę składam (-y) na ……. kolejno ponumerowanych stronach.

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

….......................................................................

Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu

\* niepotrzebne wykreślić lub pominąć skreślić

\*\* powtórzyć odrębnie dla każdej części zamówienia,

na którą składana jest oferta

|  |  |
| --- | --- |
| Pakiet 1 – Aparaty EKG  Pakiet 2 – Aparaty RTG - ZUD-440 DS Shimadzu  Pakiet 4 – Aparaty RTG - ZEN 5000 Genoray  Pakiet 5 – Aparaty RTG - Silhouette VR  Pakiet 6 – Aparaty RTG - Basic 100-30 - IMD  Pakiet 7 – Aparaty RTG - Mammograf Flat E - Metaltronica  Pakiet 8 – Aparaty RTG - Urządzenia FUJI  Pakiet 9 – Aparaty RTG - Urządzenia do wzorcowania PEHAMED  Pakiet 10 – Aparaty RTG - Wywoływarka KODAK  Pakiet 11 – Aparaty USG  Pakiet 12 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne STORZ  Pakiet 13 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne STRYKER  Pakiet 14 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne VALLEYLAB  Pakiet 15 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne APPARATUS  Pakiet 16 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne ERBE  Pakiet 32 – Defibrylatory - MINDRAY  Pakiet 33 - Defibrylatory - LIFEPAK  Pakiet 34 – Defibrylatory – Inne  Pakiet 35 – Respiratory - PURITAN BENNETT  Pakiet 36 – Respiratory - FLIGHT MEDICAL  Pakiet 37 – Respiratory – Inne  Pakiet 38 – Stoły Operacyjne i diagnostyczne  Pakiet 39 – Inkubatory  Pakiet 40 – Aparaty i stanowiska dla noworodków  Pakiet 41 – Kardiotokografy  Pakiet 42 – Pulsoksymetry  Pakiet 43 – Rejestratory  Pakiet 44 – Lampy zabiegowe 1  Pakiet 45 – Lampy terapeutyczne  Pakiet 46 – Sprzęt okulistyczny  Pakiet 47 – Mikroskopy  Pakiet 48 – Urządzenia do mycia i sterylizacji | Pakiet 17 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - Bechtold  Pakiet 18 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - Waporyzator Mitek  Pakiet 19 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - inne  Pakiet 20 – Aparaty do fizykoterapii  Pakiet 21 – Aparaty do narkozy DRAGER I DAMECA  Pakiet 22 – Aparaty do narkozy DATEX - OHMEDA  Pakiet 24 – Kardiomonitory - EMTEL  Pakiet 25 – Kardiomonitory - SHENZHEN GOLDWAY  Pakiet 26 – Kardiomonitory - NIKHON KOHDEN  Pakiet 27 – Kardiomonitory - Inne  Pakiet 28 – Pompy infuzyjne - ASCOR  Pakiet 29 – Pompy infuzyjne - Inne  Pakiet 30 – Ssaki elektryczne  Pakiet 31 – Defibrylatory – EMTEL  Pakiet 49 - Sterylizator parowy Sterivap  Pakiet 50 - Sterylizator gazowy 3M-STERI-VAC  Pakiet 51 - Myjnia do narzędzi GETINGE  Pakiet 52 – Myjnia dezynfektor - DEKO  Pakiet 53 - System odwróconej osmozy AXEON  Pakiet 54 – Aparatura laboratoryjna  Pakiet 55 – Aparatura laboratoryjna Roche Diagnostic  Pakiet 56 – Detektory tętna płodu  Pakiet 57 – Sprzęt rehabilitacyjny  Pakiet 58 – Łóżka szpitalne  Pakiet 59 – Aparaty endoskopowe 1  Pakiet 60 – Aparaty endoskopowe 2  Pakiet 61 – Narzędzia laryngologiczne  Pakiet 62 – Kolumny zasilające  Pakiet 63 – Tomografy z wyposażeniem  Pakiet 64 - Kardiostymulator  Pakiet 65 - Aparat EEG  Pakiet 66 - Podgrzewacze płynów  Pakiet 67 - Koncentratory tlenu  Pakiet 68 – Pozostałe urządzenia |

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 1**

**Pakiet 1 – Aparaty EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat EKG | Ascard | Aspel S.A. | 197 / 05 | Oddział Zakaźny | 1 |  |
| 2 | Aparat EKG | Ascard- A-4 | Aspel S.A. | SN 214 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 3 | Aparat EKG | Ascard B 56 | Aspel S.A. | 482 / 00 / 6P | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 4 | Aparat EKG | Ascard Mr Silver 2 | Aspel S.A. | 4210 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 5 | Aparat EKG | Delta-Plus | Cardioline | 8921151 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 6 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | 2421 | Oddział Położniczo-Ginekolog. | 1 |  |
| 7 | Aparat EKG | M-TRA | M4 Medical | 2419 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 8 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | SN 1881 | Oddział Chirurgii Urazowo -Ortop. | 1 |  |
| 9 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | SN 1880 | Oddział Neurologiczny  i udarowy | 1 |  |
| 10 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | 2169 | Oddział Rehabilitacji Neurolog. | 1 |  |
| 11 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | 1882 | POZ | 1 |  |
| 12 | Aparat EKG | M-TRACE | M4 Medical | 2420 | SOR | 1 |  |
| 13 | Aparat EKG - 12 kanałowy | BTL-08 MT PLUS | BTL | 0 73P-B-02541 | SOR | 1 |  |
| 14 | Aparat EKG | ELI 250 | Mortara | 103408482163 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 15 | Aparat EKG | Cardiovid AT 2 | Schiller | 2003060 | OIOM | 1 |  |
| 16 | Aparat EKG | WA - 4 | Ascard |  | Oddział Skórno - Wenerologiczny | 1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)..................- Razem słownie: .................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet 2**

**Pakiet 2 – Aparaty RTG - ZUD-440 DS SHIMADZU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat RTG | ZUD-440 DS | Shimadzu | 0162 Z 55502 | Zakład RTG, USG, Mammografia |  |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto) ………………- Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 4**

**Pakiet 4 – Aparaty RTG - ZEN 5000 Genoray**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat RTG | ZEN 5000 Genoray | Genoray | ZEN 071601-10514 | Bolok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)………………… – Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 5**

**Pakiet 5 – Aparaty RTG - Silhouette VR - GE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat RTG | Silhouette VR | General Electric | 13215 HL 9 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1.do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 6**

**Pakiet 6– Aparaty RTG - Basic 100-30 - IMD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat RTG | Ramię C - Basic 100-30 | IMD | 005/13/01120 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 7**

**Pakiet 7– Aparaty RTG - Mammograf Flat E - Metaltronica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Mammograf | Flat E | Metaltronica | 1FLHF4/493/C3 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

.

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 8**

**Pakiet 8– Aparaty RTG - urządzenia FUJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Czytnik Capsula  XL II Drypix 4000  (system obróbki cyfrowej) | CR-IR 359 | Fuji | 86421644, | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| 2 | Kamera laserowa Fuji (drukarka) | DRYPIX 4000 | Fuji | 96130550 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 9**

**Pakiet 9 – Aparaty RTG - urządzenia do wzorcowania - PEHAMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Sensytometr | Sensi C | Pehamed | N 1145 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| 2 | Densytometr | Normcsan | Pehamed | 5240 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 10**

**Pakiet 10– Aparaty RTG - Wywoływarka MIN-R - KODAK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Wywoływarka RTG | MIN-R | Kodak | 401027 | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)..................- Razem słownie: .................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 11**

**Pakiet 11– Aparaty USG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat USG | Logiq 400 | General Electric | 22766 SMO | Zakład RTG, USG, Mammografia | 1 |  |
| 2 | Aparat USG | Logiq P6 Probit 11 | General Electric | 251495SU8 | Oddział Ginekologiczno – Poł. | 1 |  |
| 3 | Aparat USG | Vivid 3  ( głowica GE 12 L do badań naczyniowych ) | General Electric | - aparat 8308  - głowica 61492WP5 ) | Oddział Neurologiczny i udarowy | 1 |  |
| 4 | Aparat USG | EUB - 515 | Hitachi | SE 16342201 | OIOM | 1 |  |
| 5 | Aparat USG | SI – 250 Sonoline | Siemens | TE 23335 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| 6 | Aparat USG | EZ Scan 5500 | Sonomed | 555-0805-0460 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 12**

**Pakiet 12 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne STORZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Zestaw artroskopowy z konsolą sterującą | artroskop - Artrof  konsola - Powershaver | Storz | artroskop - 0506f8182  konsola - DM / U – KS-  O-135 / 01 | Blok  Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Zestaw laparoskopowy  STORZ | br. danych | Storz | numery z | Blok  Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Bronchofiberoskop | 20113320 | Storz | DA015879 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ...............................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 13**

**Pakiet 13 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne STRYKER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Napęd ortopedyczny Stryker (piła osc. ) | System 6 SAG SAW | Stryker | 1204602293 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 14**

**Pakiet 14 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne VALLEYLAB**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat elektrochirurgiczny do elektrokoagulacji - diatermia | Force EZ - 8C | Valleylab | FBC-8798 B | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Aparat elektrochirurgiczny do zamykania dużych naczyń krwionośnych | Liga Sure - 8 | Valleylab | L5 / 10689 V | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Platforma elektrochirurgiczna  generator | Force Triad | Valleylab | T3J37603EX | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 15**

**Pakiet 15 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne APPARATUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat elektrochirurgiczny | ES 300 | Apparatus | 30168 | Oddział Położniczo – Ginekol. | 1 |  |
| 2 | Aparat elektrochirurgiczny | ES 300 | Apparatus | 30141 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Aparat elektrochirurgiczny | ES 350 | Apparatus | 35089 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 4 | Aparat elektrochirurgiczny- | ES 350 (+ Argon ) | Apparatus | 1022 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 5 | Aparat elektrochirurgiczny  ( zawierający przystawkę  argonową i Thermoo Stapler ) | ES 350 | Apparatus | 351090 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 6 | Aparat elektrochirurgiczny  Z przystawka argonową | ES 350 ( +Argon ) | Apparatus | 36604 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 7 | Aparat elektrochirurgiczny  Z przystawką argonową | ES-400 (Argon + T) | Apparatus | 40051 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 16**

**Pakiet 16 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne ERBE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat elektrochirurgiczny | VIO 100C | Erbe Polska | 11372035 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| 2 | Diatermia elektrochirurg.  Z systemem zamyk. naczyń | VIO 300D | Erbe Polska | 11373075 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 17**

**Pakiet 17 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - Bechtold**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat elektrochirurgiczny | Bechtold  Bi Cut | Bechtold & Co | 01/M-210 | Poradnia Otolaryngologiczna | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 18**

**Pakiet 18 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - Waporyzator Mitek VAPR - 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Waporyzator Mitek | VAPR - 3 | De Puy Mitek | 2215021 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 19**

**Pakiet 19 – Aparaty i narzędzia elektrochirurgiczne - INNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Wiertarka chirurgiczna Aesculap mini | GA 647 | Aesculap | 1259 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Piła do cięcia gipsu | CHM | ChM Sp.zo.o | 180 / 92 | Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortoped. | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 20**

**Pakiet 20 – Aparaty do fizykoterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat do elektroterapii dwukanałowy | Firing REF 7F00 | Emildue | 7697 | Oddział Rehab. Neurolog. | 1 |  |
| 2 | Aparat do elektroterapii dwukanałowy | Firing REF 7F00 | Emildue | F 8283 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 3 | Aparat do elektroterapii dwukanałowy | Firing REF 7F00 | Emildue | F 8294 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 4 | Aparat do elektroterapii (ELelektrostymulator) | Firing | Emildue | 08 -7F003061 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 5 | Aparat do elektroterapii | Interdynamic  ID - 8c | Technomex | 468 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 6 | Aparat do elektroterapii Stymat | S - 200 | Technomex | 80995 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 7 | Aparat do terapii ultradźwiękowej | US - 10 | Technomex | U 3766 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 8 | Aparat do magnetoterapii  ( z aplikatorami ) | Megatronik MF-10 | Technomex | 2310 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 9 | Aparat do masażu leczniczego | Aquavibron | Eres Medical | 065 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 10 | Aparat do krioterapii | Cryo– T Elephant -G | Metrum Cryoflex | 0044 CTE  HG-169GJ | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 11 | Aparat do terapii skojarzonej | Sonostim Soleo | Zimmer Medizinsysteme | 1320004386 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 12 | Aparat do terapii ultradźwiękowej | Sonicator 730 | Mettler Electronics | 72XV2598 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 13 | Diatermia krótkofalowa | A - 390 | Mettler Electronic**s** | 1213XSW530 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 14 | Laser biostymulacyjny | LP-50 | Emildue | 07 / 5A 800 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 15 | Laser biostymulacyjny | LP-50 | Emildue | LP 1690 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 16 | Laser biostymulacyjny | LP-50 | Emildue | LP 1614 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 17 | Laser terapeutyczny | BTL 2000 | BTL | 202099 | Oddział Skórno –  Wenerologizny | 1 |  |
| 18 | Urządzenie do kriochirurgii Kriopol K | Kriopol K - 11 | Kriomedpol | 044 / 09 | Oddział Skórno - Wenerologiczny | 1 |  |
| 19 | Zestaw do magnetostymulacji  Vifor JPS System | MagneticLight | MED & LIFE Sp.zo.o | ML 37001 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 20 | Zestaw do magnetostymulacji  Vifor JPS System | Delux | MED & LIFE Sp.zo.o | DC 36003 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 21**

**Pakiet 21 – Aparaty do narkozy DRAGER i DAMECA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat do narkozy | Fabius CE | Dräger | 11433 | Blok Operacyjny | 2 |  |
| 2 | Aparat do narkozy | Fabius GS | Dräger | 10160 | Blok Operacyjny | 2 |  |
| 3 | Aparat do narkozy | Dameca 1075 | Dameca | 94444038 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 22**

**Pakiet 22 – Aparaty do narkozy DATEX - OHMEDA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat do narkozy | Aestiva / 5 7100  (Monitor Cardiocap /5) | Datex-Ohmeda | - AMVE00142 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Aparat do narkozy | Excel 210 SE  (Monitor Propaq ) | Datex-Ohmeda | - AMAA0697 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Aparat do narkozy | Aespirre S/5-7100  (Monitor CAM S/5) | Datex-Ohmeda | - AMXK01855  - Monitor  6217565 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 4 | Aparat do narkozy | Aespirre S/5-7100  (Monitor CAM S/5) | Datex-Ohmeda | - AMXK01766  - Monitor  6215486 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 24**

**Pakiet 24 – Kardiomonitory - EMTEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3053 | Oddział Chirurgii  Urazowo – Ortoped. | 1 |  |
| 2 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3055 | Oddział Chirurgii  Urazowo – Ortoped. | 1 |  |
| 3 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3050 | Oddział Chirurgii Og. | 1 |  |
| 4 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3051 | Oddział Chirurgii Og. | 1 |  |
| 5 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3057 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 6 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3056 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 7 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3049 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 8 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3059 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 9 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3058 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 10 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3052 | Oddział Położniczo Ginekolog. | 1 |  |
| 11 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 3054 | Oddział Położniczo Ginekolog. | 1 |  |
| 12 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 266 | OIOM | 1 |  |
| 13 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 267 | OIOM | 1 |  |
| 14 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 268 | OIOM | 1 |  |
| 15 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 269 | OIOM | 1 |  |
| 16 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 270 | OIOM | 1 |  |
| 17 | Kardiomonitor | FX-2000 | Emtel | 271 | OIOM | 1 |  |
| 18 | Kardiomonitor | FX-2000 C | Emtel | 1036 | OIOM | 1 |  |
| 19 | Kardiomonitor | FX – 3000 MD | Emtel | 8130484 | OIOM | 1 |  |
| 20 | Kardiomonitor | FX – 3000 MD | Emtel | 8130480 | Oddział Położniczo – Ginekolog. | 1 |  |
| 21 | Kardiomonitor | FX – 3000 MD | Emtel | 8130483 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 22 | Kardiomonitor | FX – 3000 MD | Emtel | 8130482 | Oddział Chirurgii  Urazowo Ortop. | 1 |  |
| 23 | Kardiomonitor | FX – 3000 MD | Emtel | 8130481 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| **RAZEM** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 25**

**Pakiet 25 – Kardiomonitory - SHENZHEN GOLDWAY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kardiomonitor | G 40 | Shenzhen Goldway Industrial | CN 12802021 | Oddział Zakaźny | 1 |  |
| 2 | Kardiomonitor | G 40 | Shenzhen Goldway Industrial | CN12801882 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 3 | Kardiomonitor | G 40 | Shenzhen Goldway Industrial | CN12801884 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 4 | Kardiomonitor | G 40 | Shenzhen Goldway Industrial | CN 12801875 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 5 | Kardiomonitor | G 40 | Shenzhen Goldway Industrial | CN 12801703 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 6 | Kardiomonitor | UT-4000 B | Shenzhen Goldway Industrial | 4F5PAGT-26 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 7 | Kardiomonitor | UT-4000 B | Shenzhen Goldway Industrial | 4F5PAGT-88 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 8 | Kardiomonitor | UT-4000 B | Shenzhen Goldway Industrial | 4F5PAGT-44 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 9 | System centralnego monitorowania | Goldway UT 48000 | Shenzhen Goldway Industrial | Monitor GL 95  Stacja X16-93649 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 26**

**Pakiet 26 – Kardiomonitory – NIHON KOHDEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4484 | SOR | 1 |  |
| 2 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4485 | SOR | 1 |  |
| 3 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4486 | SOR | 1 |  |
| 4 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4487 | SOR | 1 |  |
| 5 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4488 | SOR | 1 |  |
| 6 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4489 | SOR | 1 |  |
| 7 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4481 | SOR | 1 |  |
| 8 | Kardiomonitolr  LIFESCOPE | BSM-3562 | Nihon Kohden | 0 4482 | SOR | 1 |  |
| 9 | Kapnograf  zpulsoksymetrm (kardiomonitor ) | PVM-2703 | Nihon Kohden | 0 105316 | SOR | 1 |  |
| 10 | Kapnograf z pulsoksymetrem (kardiomonitor ) | PVM-2703 | Nihon Kohden | 0 105317 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ...............................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 27**

**Pakiet 27 – Kardiomonitory - Inne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat do pomiaru rzutu serca | Niccomo ICU | MEDIS | 106213 / 2010 | OIOM | 1 |  |
| 2 | Kardiomonitor | Cardiocap / 5 | Datex Ohmeda | FBUD 01820 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Kardiomonitor | DASH 4000 V5 | GE Healthcare | AAB04233680617 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 4 | Kardiomonitor | Diascope 2 | Unitra Biazet | 1215 / 87 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 5 | Kardiomonitor | Diascope 2 | Unitra Biazet | 9623210 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 6 | Kardiomonitor | Neoscope 8034/8035 | Biazet | 8701239 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 7 | Kardiomonitor | Philips - C3 | Philips | USC 3001741 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 8 | Kardiomonitor | Propaq CS 244 | Welch Allyn | SN 02030004 | OIOM | 1 |  |
| 9 | Kardiomonitor | Propaq CS 244 | Welch Allyn | 2030003 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 10 | Kardiomonitor | Propaq CS 226 | Welch Allyn | 2030002 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 11 | Kardiomonitor | Spacelabs 90367 | Spacelabs Helathcare | 369-116157 | OIOM | 1 |  |
| 12 | Kardiomonitor | Spacelabs 90367 | Spacelabs Helathcare | 367-100522 | Oddział Neurologiczny  arowy | 1 |  |
| 13 | Kardiomonitor | Spacelabs 90367 | Spacelabs Helathcare | 367-10454 | Oddział Skórno – Wener. | 1 |  |
| 14 | Kapnograf  zpulsoksymetrm (kardiomonitor ) | PVM-2703 | Nihon Kohden | 0 105316 | SOR | 1 |  |
| 15 | Kapnograf z pulsoksymetrem (kardiomonitor ) | PVM-2703 | Nihon Kohden | 0 105317 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 28**

**Pakiet 28 – Pompy infuzyjne - ASCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Pompa infuzyjna | AP 14 | Ascor | 14-07000-2014 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 2 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 3106 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 3 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 3107 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 4 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 3108 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 5 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 14-06175-2013 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 6 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 14-06176-2013 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 7 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 0437 / 06 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 8 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 1410 / 440 / 06 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 9 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 439 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 10 | Pompa infuzyjna | AP - 14 | Ascor | 0438 / 0 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 11 | Pompa infuzyjna | AP-14 | Ascor | 1954 / 08 | Oddział Obserwacyjno - Zakaźny | 1 |  |
| 12 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0881 / 04 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 13 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 889 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 14 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0451 / 03 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 15 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0886 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 16 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0884 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 17 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0452 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 18 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0888 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 19 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0882 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 20 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0893 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 21 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0885 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 22 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0455 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 23 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0890 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 24 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0454 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 25 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0458 / 03 | OIOM | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 26 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0877 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 27 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0878 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 28 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0876 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 29 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0456 / 03 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 30 | Pompa infuzyjna | AP-22 | Ascor | 0879 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 31 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0457 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 32 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0887 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 33 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0883 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 34 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0892 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 35 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0891 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 36 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0880 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 37 | Pompa infuzyjna | AP 22 | Ascor | 0459 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 38 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 0764 / 09 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 39 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 767 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 40 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 768 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 41 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 0766 | Oddział Wewnętrzny – uszk. | 1 |  |
| 42 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 0769 / 09 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 43 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 0770 / 09 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 44 | Pompa infuzyjna | AP-23 | Ascor | 0765 / 09 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 45 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01763-2013 | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortop | 1 |  |
| 46 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01762-2013 | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortop. | 1 |  |
| 47 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01500-2012 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 48 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01501-2012 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 49 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01765-2013 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 50 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01764-2013 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 51 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01757-2013 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 52 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 2401759-2013 | OIOM | 1 |  |
| 53 | Pompa infuzyjna | AP 24 | Ascor | 2401761-2013 | OIOM | 1 |  |
| 54 | Pompa infuzyjna | AP 24 | Ascor | 2401760-2013 | OIOM | 1 |  |
| 55 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 2401758-2013 | OIOM | 1 |  |
| 56 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 240175-2013 | OIOM | 1 |  |
| 57 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24017554 - 2013 | OIOM | 1 |  |
| 58 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01753-2013 | Oddział Położniczo-Ginekolog. | 1 |  |
| 59 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01756-2013 | Oddział Położniczo-Ginekolog. | 1 |  |
| 60 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01474-2012 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 61 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01472-2012 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 62 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01475-2012 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 63 | Pompa infuzyjna | AP-24 | Ascor | 24-01473-2012 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 64 | Pompa infuzyjna | SEP-11S | Ascor | A / 3753 / 00 | Oddział Położniczo-Ginekolog. | 1 |  |
| 65 | Pompa infuzyjna | SEP-11S | Ascor | A/1851/97 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 66 | Pompa infuzyjna | SEP-11S | Ascor | A/3641/00 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 67 | Pompa infuzyjna | SEP 11S | Ascor | A/3697/00 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 68 | Pompa infuzyjna | SEP 11S | Ascor | 3752 | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortop. | 1 |  |
| 69 | Pompa infuzyjna | SEP-21S | Ascor | 2641 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 70 | Pompa infuzyjna | SEP 21S | Ascor | B / 2634 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 71 | Pompa infuzyjna | SEP 21S | Ascor | 2636/ | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 72 | Pompa infuzyjna | SEP 21S | Ascor | 2635 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 73 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | C / 1226 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 74 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | C / 1133 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 75 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | C / 1228 / 04 | OIOM | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 76 | Pompa perystaltyczna | AP 31 P | Ascor | 708 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 77 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1131 | Oddział Chirurgii Urazowo Ortop. | 1 |  |
| 78 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1230 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 79 | Pompa perystaltyczna | AP 31 | Ascor | C/1227 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 80 | Pompa perystaltyczna | AP 31 | Ascor | C/1229 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 81 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1135 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 82 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1134 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 83 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 132 / 03 | OIOM | 1 |  |
| 84 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1230 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 85 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 1231 / 04 | OIOM | 1 |  |
| 86 | Pompa infuzyjna | AP 31P | Ascor | C/0718/00 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 87 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | 5411 / 0209 | Oddział Dziecięcy (Pediatryczny) | 1 |  |
| 88 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | C / 1130 / 03 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 89 | Pompa perystaltyczna | AP 31P | Ascor | C / 0720 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 90 | Pompa perystaltyczna | AP 31 | Ascor | 0303 / 06 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 29**

**Pakiet 29 – Pompy infuzyjne - Inne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Pompa do żywienia dojelitowego | Flocare 800 | Nutricia | 88061529 | OIOM | 1 |  |
| 2 | Pompa do żywienia dojelitowego | Flocare 800 | Nutricia | 88061531 | OIOM | 1 |  |
| 3 | Pompa infuzyjna | GW | Alaris | 250437743 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 4 | Pompa infuzyjna | CF - S2 | Medima | 0103649 / 08 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 5 | Pompa infuzyjna | IVAC | Alaris | 572XCX3358848 | OIOM | 1 |  |
| 6 | Pompa infuzyjna | IVAC | Alaris | 572XCX3358841 | OIOM | 1 |  |
| 7 | Pompa infuzyjna | IVAC | Alaris | 572XCX3351780 | OIOM | 1 |  |
| 8 | Pompa infuzyjna | MS 26 Daily-Rate | Graseby | 35952 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 9 | Pompa infuzyjna | MS 26 Daily-Rate | Graseby | 35951 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 10 | Pompa infuzyjna | PE 3000 BL | Medica | 3272 /93102272 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 11 | Pompa infuzyjna | PE 3000 BL | Medica | 3270/93102270 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 12 | Pompa infuzyjna | S - 2 | Medima | 108-400 | Oddział Położniczo-Ginekolog. | 1 |  |
| 13 | Pompa infuzyjna | S - 2 | Medima | 108394 | Oddział Chirurgii Urazowo -Ortop. | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 30**

**Pakiet 30 – Ssaki elektryczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Ssak elektryczny | Basic 036 1252 | Medela | 1020525 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Ssak elektryczny | Basic 30 - 8003701 | Medela | 1059612 | OIOM | 1 |  |
| 3 | Ssak elektryczny | Basic 30 - 8003701 | Medela | 1059624 | OIOM | 1 |  |
| 4 | Ssak elektryczny | Basic 30 - 8003701 | Medela | 1059613 | OIOM | 1 |  |
| 5 | Ssak elektryczny | Basic 30 - 8003701 | Medela | 1059619 | OIOM | 1 |  |
| 6 | Ssak elektryczny | Basic 30 | Medela | 1059622 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 7 | Ssak chirurgiczny | Vario | Medela | 1021019 | SOR | 1 |  |
| 8 | Ssak elektryczny | Vario | Medela | 1021020 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 9 | Ssak elektryczny | Vario AC | Medela | 1159652 | Oddział Neurologiczno-Udarowy | 1 |  |
| 10 | Ssak elektryczny | Vario AC | Medela | 1159653 | Oddział Neurologiczno-Udarowy | 1 |  |
| 11 | Ssak elektryczny  endoskopowy | SSU - 2 | Olympus | 2617007 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 12 | Ssak elektryczny | SU-1 | Aga Labor | 155 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 13 | Ssak elektryczny | SU – 2 | Aga Labor | br. danych | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 14 | Ssak elektryczny | SU - 2 | Aga Labor | 944 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 15 | Ssak elektryczny | SU - 2 | Aga Labor | 7 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 16 | Ssak elektryczny | SU - 2 | Aga Labor | 209 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 17 | Ssak elektryczny | SU - 2 | Aga Labor | 276 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 18 | Ssak elektryczny | WAN M1 | WAN Gdynia | 9038 | Oddział Chirurgii  Urazowo - Ortoped | 1 |  |
| 19 | Ssak elektryczny | WAN M2 | WAN Gdynia | 37 | Oddział Chirurgii  Urazowo- Ortoped, | 1 |  |
| 20 | Ssak elektryczny | WAN M2 | WAN Gdynia | 5709 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 21 | Ssak elektryczny | WAN M2 | WAN Gdynia | 35 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 22 | Ssak elektryczny | Viktoria Thorax | Cheiron | 6111923 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 23 | Ssak elektryczny | Viktoria II Versa | Cheiron | 07012008 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 24 | Ssak elektryczny | Viktoria II Lopos | Cheiron | 07012001 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 25 | Ssak elektryczny | Viktoria II Lipos | Cheiron | 7012000 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 26 | Ssak elektryczny | IC- 601-1 / B | Ogarit | 13349 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 27 | Ssak elektryczny | SO - 04 | Ogarit | 13609 | Oddział Chirurgii Urazowo – Ortop. | 1 |  |
| 28 | Ssak elektryczny | SO 2M | Ogarit | 305 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 29 | Ssak elektryczny | SO 2M | Ogarit | 3629 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 30 | Ssak elektryczny | New Askir 20 | CAMI | 13629 | Poradnia Otolaryngologiczna | 1 |  |
| 31 | Ssak elektryczny | New Askir 30 | CAMI | 39222 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 32 | Ssak elektryczny | New Askir 30 | CAMI | 39220 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 33 | Ssak elektryczny | New Ascir 30 | CAMI | 35931373/ 89 /10/ 2012 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 34 | Ssak elektryczny | New Ascir 30 | CAMI | 3594 -1215/ SP/09/2012 | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortoped. | 1 |  |
| 35 | Ssak elektryczny | New Ascir 30 | CAMI | 48234 | Oddział Skórno - Wenerologiczny | 1 |  |
| 36 | Ssak elektryczny | New Ascir 30 | CAMI | NIS 48235 | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej | 1 |  |
| 37 | Sssak elektryczny | New Askir 30 | CAMI | 24792 | Oddział Noworodków | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** |  |
| 38 | Ssak elektryczny | Elite High ESS 200 | Oxylitre | 8919019 | Oddział Neurologiczny i udarowy | 1 |  |
| 39 | Ssak elektryczny | S - Scort – New Duet | Oxylitre | AE OO462 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 40 | Ssak elektryczny | M - 20 | Air Liquide Medical Systems - Włochy | 1403431 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 39 | Ssak elektryczny | V7 Plus AC | Hersill | 19-40-41097 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 40 | Ssak elektrochirurg.  z wyposażeniem | MEVACS 40 | MEDIST | 1013133.1 | SOR | 1 |  |
| 41 | Ssak elektrochirurg.  z wyposażeniem | MEVACS 40 | MEDIST | 1013132.1 | SOR | 1 |  |
| 42 | Ssak elektrochirurg.  z wyposażeniem | MEVACS 40 | MEDIST | 1013130.1 | SOR | 1 |  |
| 43 | Ssak elektrochirurg.  z wyposażeniem | MEVACS 40 | MEDIST | 1013134.1 | SOR | 1 |  |
| 44 | Ssak elektrochirurg.  z wyposażeniem | MEVACS 40 | MEDIST | 1013131.1 | SOR | 1 |  |
| 45 | Ssak transportowy  ( karetkowy )  Z zasilaczem 230 V | Suction Unit | Medtronic  Physio-  Control | 120474 | wyposażenie karetki | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 31**

**Pakiet 31 – Defibrylatory - EMTEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Defibrylator | DefiMax Biphasic | Emtel | 8130526 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 2 | Defibrylator | DefiMax Biphasic | Emtel | 2130478 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 3 | Defibrylator | DefiMax Biphasic | Emtel | 2130479 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 4 | Defibrylator | DefiMax Biphasic | Emtel | 8130524 | Oddział Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 5 | Defibrylator | DefiMax Biphasic | Emtel | 8130525 | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortop. | 1 |  |
| 6 | Defibrylator | Defimax biphasic | Emtel | 1140596 | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 32**

**Pakiet 32 – Defibrylatory - MINDRAY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Defibrylator z kardiowersją BENEHEART | D6 | Mindray | DG-3C010463 | SOR | 1 |  |
| 2 | Defibrylator z kardiowersją BENEHEART | D6 | Mindray | DG-3C010462 | SOR | 1 |  |
| 3 | Defibrylator z kardiowersją BENEHEART | D6 | Mindray | DG-3C010464 | SOR | 1 |  |
| 4 | Defibrylator z kardiowersją BENEHEART | D6 | Mindray | DG-3C010510 | SOR | 1 |  |
| 5 | Defibrylator z kardiowersją BENEHEAR | D6 | Mindray | DG-3C010511 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 33**

**Pakiet 33 – Defibrylatory LIFEPAK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Defibrylator | Lifepak 12 S/N  + zasilacz (stacja rekondycjonowania) | Physio Controll | Nr urządzenia 4056694  Nr zasilacza  MBSS 22335215 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 2 | Defibrylator | Lifepak-12 S/N  + zasilacz (stacja rekondycjonowania) | Physio Controll | 30519259 | OIOM | 1 |  |
| 3 | Defibrylator | Lifepak 12 S/N | Physio Controll | 13008559 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 4 | Defibrylator | Lifepak 12 S/N | Physio Controll | 13008563 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 5 | Defibrylator | Lifepak 12 S/N | Physio Controll | 31074368 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 6 | Defibrylator  (+ przewód EKG 3 odpr ) | Lifepak 9 | Medtronic  Physio- Control | 00005069 | wyposażenie karetki | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 34**

**Pakiet 34 – Defibrylatory - Inne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Defibrylator | M 3535 A | Philips | US 00557924 | Oddział Neurolog. Udarowy | 1 |  |
| 2 | Defibrylator | Zoll Aed Plus | Zoll Medical Corporation | X08F161311 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1.do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 35**

**Pakiet 35 – Respiratory – PURITAN BENNETT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Respirator Bennett | NPB 740 | Puritan Bennett | 3501010315 | OIOM | 1 |  |
| 2 | Respirator Bennett | NPB 740 | Puritan Bennett | 3501010317 | OIOM | 1 |  |
| 3 | Respirator Bennett | NPB 840 | Puritan Bennett | 3510084524 | OIOM | 1 |  |
| 4 | Respirator Bennett | NPB 840 | Puritan Bennett | 3510063044 | OIOM | 1 |  |
| 5 | Respirator Bennett | NPB 840 | Puritan Bennett | 3512133607 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 36**

**Pakiet 36 – Respiratory - FLIGHT MEDICAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 14011253 | SOR | 1 |  |
| 2 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 13121223 | SOR | 1 |  |
| 3 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 14011250 | SOR | 1 |  |
| 4 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 13111181 | SOR | 1 |  |
| 5 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 13111190 | SOR | 1 |  |
| 6 | Respirator transportowy FLIGHT | Flight 60 | Flight Medical | 14011251 | SOR | 1 |  |
| 7 | Respirator stacjonarny  Z nebulizator AP-1306061 | NPB-840 | Puritan Bennett | 3512135771 | SOR | 1 |  |
| 8 | Respirator stacjonarny  Z nebulizator AP-13062251 | NPB-840 | Puritan Bennett | 3512135748 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 37**

**Pakiet 37 – Respiratory - Inne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Respirator Chirolog | Chirolog  SV Alfa | Chirana | HC 0166 | OIOM | 1 |  |
| 2 | Respirator Osiris 2 | Osiris 2 | Taema | E 0890 | OIOM | 1 |  |
| 3 | Respirator Raphael | Silver | Hamilton Medical | 2911 | OIOM | 1 |  |
| 4 | Respirator Raphael | Silver | Hamilton Medical | 3723 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 38**

**Pakiet 38 – Stoły Operacyjne i diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Stół operacyjny | SU-020 | Famed Żywiec | 936 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 2 | Stół eperacyjny | SU-031 | Famed Żywiec | 51 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 3 | Stół eperacyjny | SU-04 | Famed Żywiec | 335 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 4 | Stół operacyjny okulistyczny | OP - 200 | Optopol - Zawiercie | 66 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 5 | Stół operacyjny TRUMPH | MARS 2.03 | TRUMPF | 102 12 40 86 | SOR | 1 |  |
| 6 | Stół operacyjny TRUMPH | MARS 2.03 | TRUMPF | 102 12 40 87 | SOR | 1 |  |
| 7 | Uniwersalny Stół operacyjny TRUMPH | SATURN SELECT 3.02 | TRUMPF | 102 12 40 42 | SOR | 1 |  |
| 8 | Uniwersalny Stół operacyjny TRUMPH | SATURN SELECT 3.02 | TRUMPF | 102 12 40 85 | SOR | 1 |  |
| 9 | Uniwersalny Stół operacyjny TRUMPH | MERCUR 2.1 | TRUMPF | 102 12 69 88 | SOR | 1 |  |
| 10 | Stół diagnostyczno – zabiegowy TRUMPH | MERCUR 3S | TRUMPF | 102 12 70 02 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | |  |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 39**

**Pakiet 39 – Inkubatory z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Inkubator | Amellette | Ameda | BM 304021 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 2 | Inkubator | Amellette | Ameda | BM 304009 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 3 | Inkubator | Amellette | Ameda | BM 304030 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 4 | Inkubator | Isolette C 2000 | Drager | VK 19164 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 5 | Inkubator | IK - 31 | Medicor | 89210410 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 6 | Inkubator | IK - 31 | Medicor | 87027737 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 7 | Inkubator Atom | V 2100G typ A | Atom Medical | 1637463 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 40**

**Pakiet 40 – Aparaty i stanowiska dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat Inflant-Flow | Sipap | Care Fusion | ajno 1720 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 2 | Stanowisko dla noworodków | REA | Ameda | BP306059 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 3 | Stanowisko dla noworodków | REA | Ameda | BP307021 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 4 | Stanowisko reanimacyjne | PP 800 | Ameda | FR00053-16 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 5 | Stolik reanimacyjny | RN-04 | ZTM Techmed | 8 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1.41 do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 41**

**Pakiet 41 – Kardiotokografy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kardiotokograf do  ciąży bliźniaczej | Sonicaid | Oxford | 738XB024166  S-15 | Oddział Położniczo – Ginekologiczny | 1 |  |
| 2 | Kardiotokograf | FC - 700 | BTL | 123 | Oddział Położniczo – Ginekologiczny | 1 |  |
| 3 | Kardiotokograf | SRF 61813 | Oxford | 02108125-080429-001 | Oddział Położniczo – Ginekologiczny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 42**

**Pakiet 42 – Pulsoksymetry**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Pulsoksymetr | 2500 A | NONIN | 501658199 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 2 | Pulsoksymetr | 3800 Oximeter | Datex Ohmeda | FBFE00370 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 3 | Pulsoksymetr | Nellcor, n 100 | Nellcor | 100-0147709E | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 4 | Pulsoksymetr | Nellcor NPB 295 | Nellcor | G008000425 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 5 | Pulsoksymetr | 7845 | Kontron Instruments LTD | 17047/0641 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 43**

**Pakiet 43 – Rejestratory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Rejestrator EKG (Holter) | Aspekt 702 | Aspel | 0806 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 2 | Rejestrator EKG (Holter) | Aspekt 702 | Aspel | 0805 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 3 | Rejestrator EKG ( Holter ) | Aspekt 702 | Aspel | 182 / 05 | Pracownia B.C. Serca | 1 |  |
| 4 | Rejestrator EKG ( Holter ) | Aspekt 702 | Aspel | 77 / 05 | Pracownia B.C. Serca | 1 |  |
| 5 | Rejestrator EKG ( Holter ) | Aspekt 702 | Aspel | 79 / 05 | Pracownia B.C. Serca | 1 |  |
| 6 | Rejestrator EKG ( Holter ) | Aspekt 702 | Aspel | 47 / 08 | Pracownia B.C. Serca | 1 |  |
| 7 | Rejestrator ciśnienia (Holter ) | Oscar 2 | Oxford | 53653 | Oddział Neurologiczo Udarowy | 1 |  |
| 8 | Rejestrator ciśnienia (Holter ) | HolCARD CR-07 | Aspel | 99 / 04 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 9 | Rejestrator ciśnienia (Holter ) | HolCARD CR-07 | Aspel | 123 / 04 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 10 | Bieżnia do systemu Mortara | 11283 | Oxford | S/W/11283 | Pracownia B. C. Serca | 1 |  |
| 11 | System H Scribe do  badan holterów EKG | H - 12 | Mortara Instrument | 10439498160 | Oddział Neurologiczo Udarowy | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 44**

**Pakiet 44 – Lampy zabiegowe 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | BHS 302 A | Famed Łódź | 20040258 | OIOM | 1 |  |
| 2 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | B200/517 |  | 79922 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 3 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | B - 200 |  | 782650 | Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej | 1 |  |
| 4 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | BH-150 | Famed Łódź | 2211 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| 5 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | BH - 132 | Famed Łódź | 981024 | Poradnia POZ dzienny | 1 |  |
| 6 | Lampa zabiegowa  bezcieniowa | BH-132 | Famed Łódź | 20140031 | Poradnia Alergologiczna | 1 |  |
| 7 | Lampy zabiegowe  Bezcieniowe - **5 SZT** | BH-132 | Famed Łódź | br. danych | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 8 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | BH 501/501 | Famed Łódź | 10188 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 9 | Lampa zabiegowa bezcieniowa 5 – ogn. | BHC 502 p | Famed Łódź | 030121 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 10 | Lampa zabiegowa bezcieniowa 5 ogn. przej. | BHS - 552 | Famed Łódź | 10188 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 11 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | BHS - 552 | Famed Łódź | 10194 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 12 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | B - 200 | Famed Łódź | 782650 | Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej | 1 |  |
| 13 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-03 | Famed Żywiec | 141 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 14 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-03 | Famed Żywiec | 1206 / 00139 | Blok Operacyjny | 1 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 15 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-03 | Famed Żywiec | 1206 / 00140 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 16 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-03 | Famed Żywiec | 1006/00026 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 17 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-05 | Famed Żywiec | 107 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 18 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-05 | Famed Żywiec | 1206 / 00105 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 19 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LO-05 | Famed Żywiec | 1206 / 00106 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 20 | Lampa zabiegowa halogenowa | L650 BOR50651BL | LID Sotramet | 007306 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 21 | Lampa zabiegowa halogenowa | L650 BOR50651BL | LID Sotramet | 007305 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 22 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | FLH - 2 | Ordisi Spain | 39248 | Poradnia Chirurgii Ogólnej | 1 |  |
| 23 | Lampa zabiegowa przejezdna (LED ) | FLH 2 | Carretera | 50370 | Oddział Skórno - Wenerologiczny | 1 |  |
| 24 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | CB-1 | br. danych | 189 | Poradnia Onkologiczna | 1 |  |
| 25 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LB-2 | br. danych | 278 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 26 | Lampa zabiegowa bezcieniowa | LB-2 | br. danych | 74 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 45**

**Pakiet 45 – Lampy terapeutyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Lampa do fototerapii | FTL | TSE | 301083 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 2 | Lampa do fototerapii | FTL | TSE | 301082 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 3 | Lampa do fototerapii | FTL | TSE | BF 301081 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 4 | Lampa do fototerapii diod. | Neo Blue | NZ Techno | 61021 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 5 | Lampa do fototerapii | Photo-Teraphy 400 | Drager | ARZE 0050 | Oddział Dziecięcy | 1 |  |
| 6 | Lampa do fototerapii PUVA | TP 4 | Cosmedico | 197 | Oddział Skórno-Wenerol. | 1 |  |
| 7 | Lampa do fototerapii Sollux | LSC | Zalimp | 996 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 8 | Lampa do fototerapii Sollux | LS | PEM | 283 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 9 | Lampa do fototerapii Sollux | LSK | Zalimp | 1195 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 10 | Lampa do fototerapii solluix | LSK | Zalimp | 804 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 11 | Lampa do fototerapii solluix | LSK | Zalimp | 297 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 12 | Lampa do fototerapii Sollux  Stołowa | br. danych | br. Danych | 2012 / 79 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 13 | Lampa do fototerapii Sollux | LS-1 | PEM | 1769 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 14 | Lampa do fototerapii Sollux | LS-1 | PEM | 1788 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 15 | Lampa do fototerapii Solluix | LS-1 | PEM | 1792 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 16 | Lampa do fototerapii Sollux | IRL | Medisana | SN 007761 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 17 | Lampa kwarcowa | UT- 800 | Famed Łódź | nieczytelny | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 46**

**Pakiet 46– Sprzęt okulistyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Fotel operatora | 650 | Optopol | 1346 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 2 | Lampa szczelinowa | Jawal 4184 | Jawal | 2994 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 3 | Lampa szczelinowa | CS-2 | Nicon | 3042 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 4 | Lampa szczelinowa | R 35 U/G | Carl Zeiss Jena | 96954 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 5 | Lampa szczelinowa | SL - D2 | Optopol | 200611 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 6 | Autorefrakto - keratometr | Huvitz HRK 8000 A | Huvitz | 8HA08A13  G0014 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 7 | Elektromagnes okulistyczny | D-1 | SEP | 70 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 8 | Laser okulistyczny | Opto Yag M | Optotek – Słowenia | 810303 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 9 | Perymetr |  | Carl Zeiss | 157728 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 10 | Perymetr | PTS 910 | Optopol | SN 161 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 11 | Tablica okulistyczna | OKO | Meden-Inmed | 101407D6 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 12 | Tonometr aplanacyjny | XPERT NCT 12430 | R. Reichert – USA | 13314-07 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 13 | Rzutnik optotypów (testów) | SBISA CPS 25 | SBISA – Włochy | 396 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| 14 | Reflektomierz | R 35 UG | Hartinger | 289777 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 15 | Unit okulistyczny  MAK III | 863 | OPTOPOL | 386 | Poradnia Okulistyczna | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

...................................................................................................... podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 47**

**Pakiet 47– Mikroskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Mikroskop | NIKON E 100 | Precoptic CO | 821091 | Laboratorium Analityczne | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 48**

**Pakiet 48– Urządzenia do mycia i sterylizacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Sterylizator parowy  (autoklaw kasetowy) | Statim 7000 | SciCan | 240114F00011 | Oddział Okulistyczny | 1 |  |
| 2 | Myjnia dezynfektor do kaczek i basenów | Topic 20 | MEIKO | 10272538 | Oddział Dziecięcy (Pediatryczny ) | 1 |  |
| 3 | Myjnia dezynfektor do kaczek i basenów | Steelco BP 100H | Steelco5 | 1400310310B1082 | OIOM | 1 |  |
| 4 | Myjnia dezynfektor do kaczek i basenów | Tornado SPT-1  Typ 451AROO1 | Arjohuntleigh | 918132 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 5 | Inkubator z drukarką | 1700 Smart-Well | GGetinge | SW 10031816 | Centralna Sterylizatornia | 1 |  |
| 6 | Myjnia endoskopowa | Merit 9000 | Visco | MTD 0812190 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 7 | Dezynfektor stołowy | TD-20 | Olympus | 130550 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 49**

**Pakiet 49 – Sterylizator parowy Sterivap**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka szpitalna** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Sterylizator parowy | Sterivap  SP HPE  669-2ED | BMT | 5120613 | Centralna  Sterylizatornia | po 800 cyklach |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 50**

**50 – Sterylizator gazowy 3M-STERI-VAC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Sterylizator gazowy + czytnik testów biolog. | 3M Steri-Vac  5XLPD - wersja  rzelotowa | 3M - USA | 820179 | Blok Operacyjny | 2 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 51**

**51 – Myjnia do narzędzi GETINGE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Myjnia dezynfektor do narzędzi | Getinge 46-5 | Getinge | SEV0650012 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 52**

**52 – Myjnia dezynfektor DEKO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Myjnia dezynfektor do kaczek i basenów | DEKO-190E | Franke | 06051180. PL 01 | Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 53**

**53 – System odwróconej osmozy AXEON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | System odwróconej osmozy do uzdatniania wody | Axeon  F-300+CL10 | Nobel-Alfa | 90921 | Centralna Sterylizatornia | 2 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 54**

**Pakiet 54– Aparatura laboratoryjna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Mieszadło hematologiczne | AM 2 | Remed 96 | 7194 | Laboratorium Analityczne | 1 |  |
| 2 | Wirówka laboratoryjna | MPW-340 | MPW Med Instruments | 4787 | Pracownia Serologii | 1 |  |
| 3 | Wirówka laboratoryjna | MPW-223 e | MPW Med Instruments | 10223e098407 | Laboratorium Analityczne | 1 |  |
| 4 | Wirówka laboratoryjna | MPW-223 e | MPW Med Instruments | 10223e099806 | Laboratorium Analityczne | 1 |  |
| 5 | Wirówka laboratoryjna | WE-6 | Spółdzielnia Pracy Warszawa | 5560 | Laboratorium Bakteriologiczne | 1 |  |
| 6 | Wytrząsarka laboratoryjna | CAT S-20 | Ingenieurburo | 6283-900248 | Laboratorium Bakteriologiczne | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 55**

**Pakiet 55– Aparatura laboratoryjna – Roche Diagnostic**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Analizator | COBAS  B221 S6 | Roche Diagnostic | 15020 | SOR | 1 |  |
| 2 | Analizatr parametrów Krytycznych | COBAS  H232 | Roche Diagnostic | KS 0212032 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy Pakiet nr 56**

**Pakiet 56– Detektory tętna płodu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Detektor tętna płodu | FC-100 | BTL | BL 1000360 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| 2 | Detektor tętna płodu | Brael | Brael | EO887 | Poradnia Ginekologiczno-Położnicza | 1 |  |
| 3 | Detektor tętna płodu | SRF618E | Oxford | P0244 - 20010-081013023 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 4 | Detektor tętna płodu | SRF618E | Oxford | P0244 - 20010-081013024 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 5 | Detektor tętna płodu | SRF618E | Oxford | P0244 – 20010 -081013063 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 6. | Detektor tętna płodu | MPA-10 | Zalimp | 573 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 57**

**Pakiet 57– Sprzęt rehabilitacyjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Szyna do ćwiczeń kończyn | CPM | Technomex | 4930 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 2 | Stół Pionizacyjny T - Motion | Azuryt II | Technomex | K/113050218 | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej | 1 |  |
| 3 | Wanna do masażu kończyn górnych | 1114 E | Technomex | 1237 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 4 | Wanna do masażu kończyn dolnych | 1117 E | Technomex | 1238 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 5 | Wanna do masażu wirowego  rąk i nóg | Lastura Hobby | Chirana Progress | N/176/2014 | Zakład Rehabilitacji | 1 |  |
| 6 | Podnośnik transportowo kąpielowy | Ultra II | AKS | 45296 | Oddział Chirurgii  Urazowo – Ortopedycznej | 1 |  |
| 7 | Podnośnik transportowo kąpielowy z siedziskiem | Ultra II | AKS | AB 200225  SN 1309029691 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 8 | Podnosnik transportowo kąpielowy | AKS-Foldy | AKS | 41925 | Oddział Neurologiczno Udarowy | 1 |  |
| 9 | Podnośnik transportowo kąpielowy | AKS-Foldy | AKS - | 45239 | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 58**

**Pakiet 58– Łóżka szpitalne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Łóżka elektryczne -  **sztuk 20** | Taurus Med | Reha-Bed Czeladź | od 0622 / 03 / 14  do 0641 / 03 / 14 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 2 | Łóżko rehabilitacyjne | Solido 4 S | Stelgermeyer | 009 - 1898247 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 3 | Łóżko rehabilitacyjne | Solido 4 S | Stelgermeyer | 009 - 1898247 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 4 | Łóżko wielofunkcyjne elektryczne | Villa 235308 | Stolter / Stiegelmeyer | 001-1898757 | OIOM | 1 |  |
| 5 | Łóżka rehabilitacyjune elektryczne | FRATER | Metalowiec-Namysłów | 986, 970, 969, 1001,,965 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 6 | Łóżka rehabilitacyjune elektryczne  sztuk 33 | FRATER | Metalowiec-Namysłów | 964, 978, 980,1000, 971, 974, 983, 985, 992, 973, 993, 999, 995, 968, 979, 989, 982,981, 977, 972, , 998, 994,992, 988, 990, 999,966, 976 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 987, 975, 997, 984, 967 | Oddział Położniczo -  Ginekologiczny | 1 |  |
| 7 | Łóżko szpitalne  EGERTON | TREND 2C | Promareha | 131 371112-2/1 | SOR | 1 |  |
| 8 | Łóżko szpitalne  EGERTON | TREND 2C | Promareha | 131371112-2/2 | SOR | 1 |  |
| 9 | Łóżko szpitalne wielopozycyjne | TREND 2C | Promareha | 131 371112-4/4 | SOR | 1 |  |
| 10 | Łóżko szpitalne wielopozycyjne | TREND 2C | Promareha | 131 371112-4/3 | SOR | 1 |  |
| 11 | Łóżko szpitalne wielopozycyjne | TREND 2C | Promareha | 131 371112-4/1 | SOR | 1 |  |
| 12 | Łóżko szpitalne wielopozycyjne | TREND 2C | Promareha | 131 371112-4/2 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 59**

**Pakiet 59– aparaty endoskopowe 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kolonoskop Olympus | CF-Q165L | Olympus | 2303726 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 2 | Kolonoskop Olympus | CF-Q 16SL | Olympus | 2701680 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 3 | Pompa powietrza | MU-1 | Olympus | 1405870 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 4 | Procesor video | CV-165 | Olympus | 7710750 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 5 | Źródło światła | CLE-165 | Olympus | 7700608 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 6 | Videogastroskop | GIF-Q 165 | Olympus | 2703260 | Pracownia Endoskopii | 1 |  |
| 7 | Bronchofiberoskop | BF 1T 30 | Olympus | 23001177 | OIOM | 1 |  |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 60**

**Pakiet 60 – aparaty endoskopowe 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Bronchofiberoskop | FI-16BS | Pentax | G111375 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ...............................................................................................................................................................

.................................................................................................... podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 61**

**Pakiet 61– Narzędzia laryngologiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Audiometr | AD 226 | Has-Med -Bielsko Biała | 543 | Poradnia Otolaryngologiczna | 1 |  |
| 2 | Aparat do creeningowego badania słuchu Oto Read | Interacoustics A / S | Oticon | SN 9129034 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 3 | Aparat do przesiewowego badania słuchu | Ero - Scan | Maico | 1914228 | Oddział Noworodków | 1 |  |
| 4 | Otoskop | Kawe Piccolight | KaWe | brak danych | POZ nocny | 1 |  |
| 5 | Otoskop | Kawe Piccolight | KaWe | 13300.031-201 | POZ nocny | 1 |  |
| 6 | Otoskop | Ri-mini | Riester | F1-207520 | POZ nocny | 1 |  |
| 7 | Otoskop | Ri-mini | Riester | 2068-200 | POZ nocny | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 62**

**Pakiet 62 – Kolumny i jednostki zasilające**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kolumna  AN-CH KENDROPOR | K100S- ALFA60/80+K60S- ALFA80/100 | Kendromed | 2438 + 2440 | SOR | 1 |  |
| 2 | Kolumna  AN-CH KENDROPORT | K100S- ALFA60/80+K60S- ALFA80/100 | Kendromed | 2437 + 2439 | SOR | 1 |  |
| 3 | Kolumna chirurgiczna sufitowa | K60S-ALFA-80/100 | Kendromed | 2441 | SOR | 1 |  |
| 4 | Kolumna chirurgiczna sufitowa | K60S-ALFA-80/100 | Kendromed | 2442 | SOR | 1 |  |
| 5 | Kolumna chirurgiczna sufitowa | K60S-ALFA-80/100 | Kendromed | 2443 | SOR | 1 |  |
| 6 | Kolumna elektromagnetyczna | K60S-ALFA0 | Kendromed | 2446 | SOR | 1 |  |
| 7 | Kolumna elektromagnetyczna | K60S-ALFA0 | Kendromed | 2447 | SOR | 1 |  |
| 8 | Kolumna elektromagnetyczna | K60S-ALFA0 | Kendromed | 2448 | SOR | 1 |  |
| 9 | Kolumna elektromagnetyczna | K60S-ALFA0 | Kendromed | 2449 | SOR | 1 |  |
| 10 | Medyczna jednostka zasilająca OIT | K100S-ALFA60/80  +K100S- ALFA60/80 | Kendromed | 2450 + 2452 | SOR | 1 |  |
| 11 | Medyczna jednostka zasilająca OIT | K100S-ALFA60/80  +K100S- ALFA60/80 | Kendromed | 2451 + 2453 | SOR | 1 |  |
| 12 | Moduł zasilający sufitowy dla łóżek | K100H-ALFA0 | Kendromed | 2444 | SOR | 1 |  |
| 13 | Moduł zasilający sufitowy dla łóżek | K100H-ALFA0 | Kendromed | 2445 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 63**

**Pakiet 63 – Tomografy z wyposażeniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Tomograf  komputerowy | Optima  CT 540 | GE Healthcare | 377066 HM6 | SOR | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 64**

**Pakiet 64 - KARDIOSTYMULATOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Kardiostymulator | EDP 20 / A | Biotronik | 57512813 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 65**

**Pakiet 65 - Aparat EEG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat EEG | Digi Track DTW | Elmico – Mikołów | 213101697 | Pracownia EEG | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 66**

**Pakiet 66– Podgrzewacze płynów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Podgrzewacz płynów infuzyjnych (urz. do ogrzew. Płynów inf. ANIMEC ) | AM-301 | ELLTEC | D0030 | SOR | 1 |  |
| 2 | Podgrzewacz płynów infuzyjnych ( urz. do ogrzew. Płynów inf. ANIMEC ) | AM-301 | ELLTEC | D0474 | SOR | 1 |  |
| 3 | Podgrzewacz płynów infuzyjnyc ( urz. do ogrzew. Płynów inf. ANIMEC ) | AM-301 | ELLTEC | D0475 | SOR | 1 |  |
| 4 | Podgrzewacz płynów infuzyjnych ( urz. do ogrzew. Płynów inf. ANIMEC ) | AM-301 | ELLTEC | D0480 | SOR | 1 |  |
| 5 | Podgrzewacz płynów infuzyjnych | 2 S | ASCOR | 04330033 | OIOM | 1 |  |
| 6 | Podgrzewacz płynów infuzyjnych | 2 S | ASCOR | 04330034 | OIOM | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 67**

**Pakiet 67 – Koncentratoty tlenu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Koncentrator tlenu | 515 KS | DeVilbiss | K 22861 KS | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 2 | Koncentrator tlenu | 515 KS | DeVilbiss | K 22866 KS | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 1. do Formularza Ofertowego.***

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

pieczęć wykonawcy miejsce i data

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO – ILOŚCIOWO – WARTOŚCIOWA**

**Wykonywania usług pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu.**

**Formularz cenowy**

**Pakiet nr 68**

**Pakiet 68– Pozostałe urządzenia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa urządzenia** | **Typ** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Jednostka** | **Przegląd** | **Cena jednostkowa brutto** |
| 1 | Aparat do ogrzewania pacjentów | WARM TOUCHA WT6000 | Covidien | SP 14010198 | SOR | 1 |  |
| 2 | Aparat do ogrzewania pacjentów | WARM TOUCHA WT6000 | Covidien | SP 14010228 | SOR | 1 |  |
| 3 | Amnioskop | 9403-0200 | MLW – Niemcy | 26/190 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | 1 |  |
| 4 | Dermatoskop | Piccolight D | KaWe | 0133100.021 | Oddział Skórno - Wenerologiczny | 1 |  |
| 5 | Inhalator | Tomex MB | Tomex | 39721 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 6 | Macerator do kaczek i basenów | PULPMATIC ULTIMA | DDC Dolphin | ULTI 30742-A | SOR | 1 |  |
| 7 | Macerator do kaczek i basenów | PULPMATIC ULTIMA | DDC Dolphin | ULTI 30741-A | SOR | 1 |  |
| 8 | Łaźnia wodna (podgrzewacz) | LWC-2000 |  | 21 | Pracownia Serologii | 1 |  |
| 9 | Łaźnia wodna (podgrzewacz) | LW 502/  M-4-200 |  | 3512 | Pracownia Serologii | 1 |  |
| 10 | Spirometr | Pneumo | abcMED | 7DD1002PN01 | Poradnia Alergologiczn | 1 |  |
| 11 | Spirometr | Spiromax | Aspel | 13 | Oddział Wewnętrzny | 1 |  |
| 12 | System higieny osobistej | PRIMO  AP32101-EU | Arjo | 612826 | Oddział Opieki Paliatywnej | 1 |  |
| 13 | Videokolposkop | BTL Kaps | BTL | 17267 | Poradnia Ginekologiczno -Poł. | 1 |  |
| 14 | Kamera endoskopowa  z obiektywem do laparoskopu Storz (z monitorem i źródłem światła) | MS-V | MGB | 605830711 | Blok Operacyjny | 1 |  |
| 15 | Zgrzewarka | HD 650 D | HAWO | 465569 | Centralna Sterylizatornia | 1 |  |
| **Razem** | | | | | | | |

Cena (brutto)……………….. - Razem słownie: ................................................................................................................................................................

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

podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

***Załącznik nr 2 do Formularza Ofertowego.***

**Zamawiający:**

**Szpital Powiatowy   
w Zawierciu**

**ul. Miodowa 14**

**42-400 ZAWIERCIE**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. ***Usługi wykonywania pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu*** prowadzonego przez **Szpital Powiatowy w Zawierciu** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      …………..…………………………………………………..………………………………………….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w………………………………………………………...……….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 3 do Formularza Ofertowego.***

**Zamawiający:**

**Szpital Powiatowy   
w Zawierciu**

**ul. Miodowa 14**

**42-400 ZAWIERCIE**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. ***Usługi wykonywania pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu*** prowadzonego przez **Szpital Powiatowy w Zawierciu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
art. 24 ust. 5 ustawy Pzp .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania   
o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 4 do Formularza Ofertowego.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (nazwa Wykonawcy) | **INFORMACJA WYKONAWCY DOTYCZĄCA PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na: **„*Usługi wykonywania pogwarancyjnych przeglądów okresowych sprzętu medycznego dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu*”**

działając w imieniu: …………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

ja:

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

*(wpisać czytelnie imię i nazwisko)*

będąc należycie upoważnionym do jego reprezentowania, na podstawie art. 26 ust. 2 pkt. d ustawy Prawo zamówień publicznych informuję, że:

**Wykonawca należy/nie należy\* do grupy kapitałowej**.

\* niewłaściwe skreślić

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 2 pkt 5 ustawy Prawo zamówień publicznych zamieszczam poniżej listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej (Wykonawca nie należący do grupy kapitałowej przekreśla poniższe rubryki).

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

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

Miejscowość i data ........................................

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

*(czytelny podpis – imię i nazwisko osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy)*

***Załącznik nr 5 do Formularza Ofertowego.***

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| (nazwa Wykonawcy) | WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA |

Ja/My, niżej podpisany/i ............................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz: ..................................................................................................................................................................

(*pełna nazwa Wykonawcy, adres siedziby Wykonawcy)*

Wykaz wymagany w celu potwierdzenia, że wykonawca posiada niezbędną wiedzę oraz doświadczenie, a także dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykaz osób uczestniczących w wykonaniu zamówienia** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja na temat posiadanych uprawnień i kwalifikacji** | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami**  **(należy wpisać podstawę**  **do dysponowania osobą np. pracownik firmy, pracownik**  **podwykonawcy)** |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam(y), że wyżej wymienione osoby, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają wymagane uprawnienia.

….......................................................................

Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej(-ych)

do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej

do występowania w jego imieniu