**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

MODYFIKACJA Z DN. 26.05.2023 r.

(PISMO NR WSPRiTS/ZP/192/2023)

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

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

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 2. Akcesoria do defibrylatorów ZOLL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Łyżki twarde, zewnętrzne, do defibrylatora Zoll M-series, komplet. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | kpl. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Kabel uniwersalny do łyżek/elektrod do defibrylatora Zoll. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 3, | Kabel 12-odprowadzeniowy do defibrylatora Zoll M-series i E-series, część przedsercowa. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Kabel 12-odprowadzeniowy do defibrylatora Zoll M-series i E-series, część kończynowa. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 5. | Kabel kończynowy 4-odprowadzeniowy do kabla EKG 12-odprowadzeniowego dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 6. | Kabel przedsercowy 6-odprowadzeniowy do kabla EKG 12 odprowadzeniowego dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 7. | Kabel zasilający do defibrylatora Zoll E-series, z wtyczką zakończeniową LEXEL. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 8. | Elektrody jednorazowe do stymulacji i defibrylacji serca do defibrylatora Zoll M-series i E-series, dla dorosłych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 200 |  | |  |  |  |  |
| 9. | Elektrody jednorazowe do stymulacji i defibrylacji serca do defibrylatora Zoll M-series i E-series, dla dzieci. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 10. | Elektrody jednorazowe do defibrylacji i stymulacji serca do defibrylatora Zoll E-series, z czujnikiem ucisku klatki piersiowej dla dorosłych. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 11. | Łącznik kapno do E-series dla dorosłych, opakowanie 10 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 20 |  | |  |  |  |  |
| 12. | Łącznik kapno do E-series dla dzieci, opakowanie 10 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 13. | Linia pomiarowa etCO2 do monitorowania krótkookresowego, dla pacjentów zaintubowanych dla ZOLL X-Series, opakowanie 25 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 5 |  | |  |  |  |  |
| 14. | Kabel terapeutyczny wielofunkcyjny, do łyżek i elektrod jednorazowych dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 15. | Złączka do elektrod CPR do defibrylatora Zoll E-series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 16. | Zasilacz do ładowania defibrylatorów Zoll E-series i M-series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 17. | Kabel/łącznik dla ZOLL X-Series do zasilania defibrylatora. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 18. | Przewód NIBP dwudrożny dla dorosłych/dzieci, długość 3 m, ze złączkami typu "twist" lock do mankietów typu 2 MQ dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 19. | Mankiet z wejściem Flexiport, wielorazowy, z przewodami i złączkami typu "twist lock” kompatybilnymi z przewodem z pozycji 19, dla osób dorosłych dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 20. | Papier EKG dla ZOLL X-Series z nadrukowaną kratką. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 300 |  | |  |  |  |  |
| 21. | Rączka do defibrylatora Zoll E-series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 22. | Pokrowiec (torba) do defibrylatora E-series, z metalowymi uchwytami przy torbie umożliwiającymi zamocowanie paska + pasek na ramię. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 23. | Uchwyt/rączka do defibrylatora ZOLL M-series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 24. | Akumulator litowy dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 3 |  | |  |  |  |  |
| 25. | Torba transportowa na defibrylator ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 26. | Pasek na ramię dla ZOLL X-Series. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| 27. | Uchwyt karetkowy z gniazdem zasilającym oraz mocowaniem adaptera zasilającego do ZOLL **X-Series** . | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 28. | Mocowanie defibrylatora ZOLL X-Series z zasilaniem. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| 29. | Zasilacz karetkowy 12V DC dla ZOLL X-Series, z przewodem zakończonym wtyczką typu lexel. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 3. Akcesoria do nawilżacza i respiratora TV-100**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Noworodkowy czujnik przepływu do respiratora TV-100. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Układ oddechowy do respiratora TV-100.  W skład zestawu wchodzą: odcinek wdechowy dł. ok 1,2 m; odcinek wydechowy z zastawką wydechową; dren do pomiaru ciśnienia; łącznik Y; zestaw adapterów. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | kpl. | 200 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Komora nawilżania do nawilżacza Neo Pod T. W skład zestawu wchodzą: dren; strzykawka; łączniki kątowe – 2 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | kpl. | 40 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Uniwersalna komora nawilżacza pasująca do nawilżaczy typu F&P serii MR. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 60 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 4. Akcesoria do noworodkowego zestawu transportowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | 9 | | 10 | | |
| 1. | Filtr powietrza do inkubatora Incu Arch. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 4 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 2. | Zestaw jednorazowy do podaży NO do aparatu EKU NO-A, pediatryczny. W skład zestawu wchodzą: dren dozujący; pułapka wodna; dren pomiarowy; zestaw trójników do podłączania układu respiratora 3 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 5. | Sensor tlenowy typu R22 MED, do inkubatora Atom V-808. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 6. | Przepusty silikonowe, do inkubatora Atom V-808. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 7. | Filtr powietrza wejściowy przeciwkurzowy, typ E. Pakowany po 10 sztuk, do inkubatora Atom V-808. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 8. | Czujnik przepływu do respiratora Hamilton T1, opakowanie 10 sztuk; produkt oryginalny. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 3 |  |  | | |  |  | |  | | |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | | **XX** | |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 5. Baterie i akumulatorki do sprzętu medycznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Bateria specjalistyczna, litowa CR2032, napięcie: 3V; | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 200 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Bateria dla produktów zaawansowanych technologicznie, 9V, alkaliczna, o zwiększonej wytrzymałości. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Bateria dla produktów zaawansowanych technologicznie, LR14, alkaliczna, o zwiększonej wytrzymałości, napięcie: 1,5V | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Bateria dla produktów zaawansowanych technologicznie, AA LR6, alkaliczna, o zwiększonej wytrzymałości, napięcie: 1,5V | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 3 000 |  | |  |  |  |  |
| 5. | Bateria dla produktów zaawansowanych technologicznie, AAA LR3, alkaliczna, o zwiększonej wytrzymałości, napięcie: 1,5V | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 3 000 |  | |  |  |  |  |
| 6. | Bateria do produktów zaawansowanych technologicznie, CR123A, Alkaliczna o zwiększonej wytrzymałości napięcia 3V | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 30 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 6.** **Elektrody i papier do defibrylatorów Corpuls**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | 9 | | 10 | | |
| 1. | Elektrody jednorazowe w sztywnym opakowaniu. Powierzchnia ok. 81 cm2, od 20 kg wzwyż dorośli/dzieci HBO Corpuls3. Do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym, mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci. Oryginalny produkt. Przydatność użycia: min. 2 lata. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 2. | Elektrody jednorazowe pediatryczne w miękkim opakowaniu. Powierzchnia przewodzenia ok. 42 cm2 HBO Corpuls3 do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym. Mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci. Oryginalny produkt. Przydatność użycia: min. 2 lata. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 200 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 3. | Papier do drukarki Corpuls3. Sygnowany logiem producenta, opakowanie 10 rolek. Szerokość 106 mm. Długość: 22 m. Oryginalny produkt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 500 |  |  | | |  |  | |  | | |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | | **XX** | |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 7-14 dni roboczych – 0 pkt.

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

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

**CZĘŚĆ 7. Kaniule i plastry dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kaniule do podawania tlenu przez nos, z możliwością zastosowania ze zmienną wartością ciśnienia przepływu. Ramiona wykonane z PCV, zakończone bezpośrednio adapterem o średnicy min.15 mm, wykonane z poliuretanu, umożliwiającym podłączenie do układu oddechowego respiratora. Noski wykonane z PVC nie zawierającego ftalanów. Długość jednego ramienia jednej rurki ok. 28 cm (+/- 5 mm). Produkt ma zawierać niezależny adapter umożliwiający podłączenie standardowego drenu tlenowego. Kaniula ma posiadać pierścień o-ring wykonany z silikonu do przytrzymania kaniuli, rozmiar kaniuli wskazany odpowiednim kolorem.  Opakowanie zbiorcze 10 szt.  Rozmiar kaniul uwzględniający wagę:  1) od około 750 g do 1000 g,  2) od około 1000 g do 2500 g,  3) powyżej 2500 g. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 200 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Plasterki chroniące nosek noworodka, posiadające powierzchnię adhezyjną, naklejane bezpośrednio na noski kaniul nosowych CPAP lub innych adapterów nosowych. Kształt plasterka owalny. Kompatybilne z kaniulami z pozycji nr 1. Rozmiar: długość min 25 mm, szerokość 12,5 mm. Opakowanie zbiorcze 150 szt. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 150 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Kaniule dożylne w rozmiarach: 1) kaniula noworodkowa 26G/19mm, 13 ml 2) kaniula noworodkowa 24G/19mm, 13 ml Wykonane z PTFE widoczna w USG ze zdejmowanym dodatkowym elementem, ułatwiającym ich wprowadzanie do naczynia żylnego; bez portu głównego; posiadające zastawkę antyzwrotną. Pakowane w sztywne opakowanie typu TYVEC; niezawierająca lateksu. Wskazanie rozmiaru kaniuli każdorazowo przez Zamawiającego. Termin ważności minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 750 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 8. Koce izotermiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Koc ratunkowy termoizolacyjny; folia PET z powłoką aluminiową, grubość min.12µm (srebrno/złota); wymiary 210 x 160±5cm. Wyrób medyczny.  Termin ważności: minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 20 000 |  |  | | |  |  |  |
| 2. | Koc termoizolacyjny typu Blizzard, wykonany z minimum 2 warstw folii aluminiowej, pakowany próżniowo; koc wodno- i wiatroodporny, z możliwością szczelnego zapięcia, wymiary minimum 200 cm x 150 cm | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 40 |  |  | | |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | **XX** |  | |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 9. Narzędzia medyczne i taśma Broselowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Nożyczki chirurgiczne proste, o długości ok. 16,5 cm; 2 końce ostre; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 5 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Nożyczki ratownicze do cięcia ubrań i pasów; z twardej stali nierdzewnej; plastikowy uchwyt; zaokrąglone końcówki; ząbkowane ostrza; wielkość nożyczek: 18 cm (dopuszczalne o wielkości 19 cm). | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 50 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Pinceta anatomiczna, dł. ok. 14 cm oraz ok. 16 cm; wykonane ze stali nierdzewnej (numer katalogowy dla każdego rozmiaru) | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 6 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Kleszczyki naczyniowe Pean dł. ok. 13 cm, proste; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 5. | Kleszcze Magilla dla dorosłych o dł. 19-20 cm. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 6. | Kleszcze Magilla dla dzieci o dł. 15-16 cm. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 7. | Pean zakrzywiony; wielkość od 13 cm, dł. 16 cm. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 8 |  | |  |  |  |  |
| 8. | Taśma pediatryczna wielorazowego użytku, wykonana z miękkiego tworzywa, odporna na wilgoć i środki dezynfekcyjne, zawierająca dawki leków, skalę Glasgow, wartości ciśnienia tętniczego, częstość oddechów, szybkość tętna, dla dzieci z podziałem na grupy wiekowe, zgodnie z wykazem Ministra Zdrowia dla Ratowników Medycznych i Pielęgniarek Systemu | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | zest. | 7 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 10. Podkładki żelowe dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Przeciwodleżynowa podkładka żelowa typu podkowa pod głowę, kształt obły – pediatryczna; wymiary 130 mm x 110 mm x 25 mm lub 90 mm x 80 mm x 18 mm (śr. zewn. x śr. wew. x wys.) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 2 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 11. Pojedyncze złącze oddechowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pojedyncze złącze oddechowe jednorazowego użytku do kapnometru oraz kapnografu Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla osób dorosłych i dzieci powyżej 1 roku życia. Termin ważności co najmniej 24 miesiące. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  | | |  |  |  |
| 2. | Pojedyncze złącze oddechowe jednorazowego użytku do kapnometru oraz kapnografu Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla niemowląt do 1 roku życia. Termin ważności co najmniej 24 miesiące. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  |  | | |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | **XX** |  | |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 12. Stetoskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Stetoskop lekarski wyposażony w dwutonową membranę do osłuchiwania wysokich i niskich dźwięków (dwustronna głowica), z wysoką jakością akustyki, czułością, trwałością i komfortem użytkowania, z jednokanałowym przewodem, miękkimi samouszczelniającymi się oliwkami.  W zestawie zapasowa membrana i oliwki. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  | |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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

**CZĘŚĆ 13. Termometry medyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Termometr lekarski wodoszczelny, nie zawierający rtęci z cyfrowym wyświetlaczem wartości pomiarowych. Nadający się do dezynfekcji, posiadający etui, z pomiarem co najmniej w zakresie 28-42 ºC, z dokładnością pomiaru co najmniej 0,1 ºC, automatyczny sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru.  Okres gwarancji minimum 24 miesiące. Termometr zgodny z normą PN-EN 12470-2+A1:2010 lub z normą równoważną. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 80 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Termometr elektroniczny na podczerwień z możliwością pomiaru temp. w uchu. Pomiar temperatury w zakresie co najmniej 28-42 stopni Celsjusza, z wyświetlaczem LCD, łatwy w obsłudze, automatycznie wyłączający się, zasilany bateriami, sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru. Termometr posiadający w zestawie podstawkę ochronną, 2 baterie, min. 10 jednorazowych osłonek pomiarowych oraz instrukcja w języku polskim. Termometr zgodny z normą PN-EN ISO 80601-2-56:2017; EN 12470-5, EN 60601-1 lub z normą równoważną. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy, obejmujący bezpłatną kalibrację po roku użytkowania. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 30 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Jednorazowa osłonka pomiarowa kompatybilna z termometrem z pozycji 3.  Opakowanie zbiorcze 20 sztuk. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 5 000 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Jeżeli producent nie nadaje numeru katalogowego, informację tę należy wpisać w kolumnie 3.

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

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

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