**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**FORMULARZ CENOWY**

**CZĘŚĆ 1. Igły do odbarczania odmy i doszpikowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Jednorazowy zestaw do odbarczania odmy. Rozmiar 14G, długość 83 mm (+/- 2 mm), średnica zewnętrzna kaniuli 2.1 [2.1 x 83 mm (+/- 2 mm)]. Wykonana z polimeru FEP. Kaniula z ostrzem formowanym termicznie. Przezroczysta komora wypływu zwrotnego. Igła z potrójnym ostrzem.Okres przydatność od daty produkcji minimum 5 lat. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 2. | Igła doszpikowa dla dorosłych, automatyczne wkłucie doszpikowe; przewidziane dla osób o wadze powyżej 6 kg; jednorazowego użytku; jałowe; niepirogenne; nietoksyczne; w opakowaniu (gotowe do natychmiastowego użycia); z możliwością szybkiej infuzji płynów i leków oraz przetaczania krwi; wkłucie doszpikowe posiadające (zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych) etykiety w języku polskim w formie ulotki w opakowaniu zbiorczym. Wykonawca odpowiedzialny jest za wystąpienie incydentu medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.Termin ważności: minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |
| 3. | Igła doszpikowa dla dzieci, automatyczne wkłucie doszpikowe; przewidziane dla dzieci o wadze do 6 kg; jednorazowego użytku; jałowe; niepirogenne; nietoksyczne; w opakowaniu (gotowe do natychmiastowego użycia); z możliwością szybkiej infuzji płynów i leków oraz przetaczania krwi; wkłucie doszpikowe posiadające, zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych, etykiety w języku polskim w formie ulotki w opakowaniu zbiorczym. Wykonawca odpowiedzialny jest za wystąpienie incydentu medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.Termin ważności: minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. 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, z systemem zapięcia na rzep, zestawem pakietów grzewczych, pakowany próżniowo; koc wodno- i wiatroodporny, z możliwością spinania nadmiaru folii. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 80 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Kołnierze ortopedyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz dla dorosłych. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 6 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.Parametr punktowany: co najmniej 8 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………..…. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz ortopedyczny dla dzieci. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 4 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.Parametr punktowany: co najmniej 6 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………… (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 3. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz ortopedyczny dla dzieci. Wykonany z  tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), z możliwością odchylania w dół w celu uzyskania dostępu do ust pacjenta. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 10 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI. Podwójny system blokady rozmiaru kołnierza: zatrzask umożliwiający skokową regulację rozmiaru oraz przycisk zabezpieczający ustawienie.Parametr punktowany: co najmniej 12 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………… (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 3 pkt.

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

**CZĘŚĆ 4. Opatrunki donosowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Opatrunek donosowy rozprężalny z PVA, standard, z nitką. Pakowany sterylnie. Wymiary po rozprężeniu (długość x szerokość x grubość): 4,5 cm x 2,0 cm x 1,0 cm/ 4,5 cm x 2,0 cm x 1,5 cm lub 8,0 cm x 2,0 cm x 1,0 cm / 8,0 cm x 2,0 cm x 1,5 cm do wyboru przez Zamawiającego.Termin ważności od momentu dostawy minimum dwa lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 500 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

**Należy podać numer katalogowy dla każdego rozmiaru.**

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. Opatrunki hemostatyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Opatrunek hemostatyczny w postaci gazy/bandaża, zawierający środek hemostatyczny, nie przywierający do rany. Wymiar co najmniej 7,5 x 20 cm.Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Opatrunki wentylowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Opatrunek wentylowy przeznaczony do opatrywania otwartej rany klatki piersiowej.Samoprzylepny; z systemem zastawkowym jednokierunkowym; z silnym klejem pozwalającym na przyklejenie na mokre ciało oraz z systemem chroniącymzastawkę przed zamknięciem lubotwarciem przez element oporządzenia; ze specjalną konstrukcją pozwalającą uniknąć napięcia odmowego. Jałowy, w opakowaniu chroniącym przed zamoczeniem. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 80 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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 7. Pakiety porodowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Jednorazowy zestaw przeznaczony do zabezpieczenia porodu w warunkach pozaszpitalnych. Zawierający opis zawartości w języku polskim. Poszczególne pakiety zestawu pakowane sterylnie. Okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata, zaznaczony/wskazany na opakowaniu. Zestaw podzielony na niezależne pakiety do użycia w odpowiedniej fazie porodu. Wymagany skład zestawu:pakiet wykorzystywany przed porodem:* min. 2 pary rękawiczek
* min. 1 sterylny podkład
* min 1 sterylna serwetka wierzchnia
* min. 1 sterylne ręczniki do rąk

pakiet wykorzystywany w czasie porodu:* min. 4 sterylne tampony
* min. 1 sterylna gruszka
* min. 4 sterylne klemy pępowinowe
* min. 1 sterylne nożyczki

pakiet wykorzystywany po porodzie:* min. 1 sterylna wyściółka
* min. 2 rękawiczki antyseptyczne
* min 1 kocyk dla noworodka
* min. 1 plastikowa torba na łożysko

Całość zestawu pakowana w sztywne opakowanie kartonowe. Termin ważności (tj. przydatności do użycia): minimum 3 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 110 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Pojemniki i worki na odpady 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. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym, o wymiarach ok. 500 x 600 mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki, grubość ok. 0,05 mikrona | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym, o wymiarach ok. 600 x 1000 mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki, grubość ok. 0,05 mikrona | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 000 |  |  |  |  |  |
| 3. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym, o wymiarach ok. 1400/900 mm, pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 4. | Worki foliowe przeźroczyste, wymiary ok. 200x300 mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane, zamykane strunowo | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100  |  |  |  |  |  |
| 5. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne ostre, wykonane z plastiku, w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność od 0,5 l do 0,7 l. Wymiary DxS: owal 100 x 55 mm, wysokość całkowita: 12-14 cm, szerokość: 5,5 +/-0,5 cm; otwór wrzutowy 35-40 mm; kształt owalny. Wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 000 |  |  |  |  |  |
| 6. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne ostre. Pojemniki wykonane z plastiku, w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie. Pojemność od 1 l do 1,6 l. Wymiary wysokość 14-16 cm, średnica 10-11 cm, otwór wrzutowy 40-45 mm; kształt okrągły, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie. Z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 500 |  |  |  |  |  |
| 7. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne wykonane z plastiku, w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność 2 l do max 2,5 l. Wymiary: wysokość całkowita 230 – 240 mm, średnica górna 140 mm, średnica dolna 105 mm, otwór wrzutowy 65 – 70mm, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia, oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt.  | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 8. | Płachta z folii, wymiary 1400 x 2000 mm, kolor czarny | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt.  | 2 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Stazy (automatyczne, jednorazowe, taktyczne)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Stazy automatyczne typu ri-clip, wykonane z wysokiej jakości tworzywa sztucznego; łatwe w zakładaniu przy użyciu jednej ręki; z zabezpieczeniem przed zaciąganiem małych włosków; z możliwością dezynfekowania standardowymi środkami oraz w autoklawie; bez lateksu.Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 2. | Jednorazowa staza bezlateksowa, wykonana z szerokiego (minimum 2,5 cm), rozciągliwego paska gumy syntetycznej. Wysoka wytrzymałość na rozciąganie. Opakowanie zawierające 25-30 sztuk, które umożliwia wygodne dzielenie opasek. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 800 |  |  |  |  |  |
| 3. | Opaska uciskowa typu „staza taktyczna” wykorzystywana w masywnym krwawieniu, wykonana z wytrzymałych materiałów, krępulcem z materiału cechującego się niezwykłą wytrzymałością na zginanie (dopuszcza się plastik lub aluminium) służącym za kołowrót do kontroli krwawienia i ucisku, regulowana konstrukcja, z wyściółką zapobiegającą otarciom naskórka, minimalna szerokość opaski: 4 cm. Minimalna długość opaski: 9 cm.Opaska posiadająca badanie na zrywanie podczas rozciągania.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 140 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Worki na wymiociny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Worek posiadający wskaźnik poziomu, z podziałką minimum od 100 do 1000 ml oraz zaawansowany system zaworów uniemożliwiających wydostanie się treści i zapachu z zawartością substancji, która szybko przekształci płynną zawartość w galaretowatą substancję. Każdy worek pakowany osobno z widoczną datą ważności.Zamawiający dopuszcza worki w kolorze czerwonym. Termin ważności: minimum 1 rok. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 18 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Zestawy do drenażu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Zestaw do drenażu klatki piersiowej metodą Matthysa, jednorazowego użytku, sterylny, niepirogenny, nietoksyczny, nie zawierający lateksu; w skład zestawu wchodzi: kaniula punkcyjna, łącznik, nakładka zapobiegająca załamywaniu się cewnika, strzykawka 60 ml, worek do zbierania wydzieliny | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do drenażu opłucnej z zastawką bezzwrotną. Skład zestawu: kaniula punkcyjna 1,8 x 80 mm, z zastawką bezzwrotną, worek 2,0 l, strzykawka trzyczęściowa 60 ml, dren łączący z końcówką LOCK. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Zestawy do segregacji medycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kompletny zestaw TRIAGE do segregacji medycznej osób poszkodowanych zawierający komplet 50 opasek odblaskowych kodowanych kolorami, 20 kart segregacyjnych, 3 sztuki kamizelek odblaskowych (Koordynator Medyczny, Ratownik Medyczny, Transport), niezmywalny pisak, nożyczki ratownicze, latarka czołowo-ręczna. Zestaw wyposażony w torbę transportową z kieszeniami i przegrodami odporny na zabrudzenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | zest. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalne opaski odblaskowe do segregacji osób poszkodowanych komplet (czarna, zielona, czerwona, żółta) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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. Zestawy na amputowane kończyny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Na palec - skład zestawu: torba 200 x 200 mm, 1 zimny kompres opatrunkowy, 1 koc izotermiczny. Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Na dłoń - skład zestawu: torba 300 x 250 mm, 2 zimne kompresy opatrunkowy, 1 koc izotermiczny. Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 3. | Na rękę - skład zestawu: torba 700 x 250 mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny. Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 4. | Na nogę - skład zestawu: torba 1100 x 400 mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny. Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 5. | Przenośny zestaw do transportu amputowanych kończyn. Składa się z czterech oddzielnych jałowych, jednorazowego użytku pakietów przeznaczonych na palec, dłoń, ramię i nogę. Możliwość uzupełnienia zestawu o wykorzystany pakiet. W każdym zestawie znajdują się worki na kończynę, pakiety z suchym lodem, folie izotermiczne, materiały opatrunkowe, stazy, opaski oraz kleszczyki. Termin ważności minimum do końca roku 2024. Zestaw w torbie transportowej. | Producent:……………………..Numer katalogowy:…………………….. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

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)