Załącznik nr 2 do SIWZ

 - przetarg nieograniczony

 Znak: ZP/UE/1/20

**FORMULARZ CENOWY**

**Pakiet 1 – Sprzęt medyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość w szt.** | **Cena jedn. netto w PLN** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** | **Gwarancja** **w miesiącach** |
| 1 | Wideokolonoskop | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Wideogastroskop | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | Diatermia medyczna | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Histeroskop | 1 |  |  |  |  |  |
| 5 | Aparat do znieczulenia | 1 |  |  |  |  |  |
| 6 | Wideocystoskop | 1 |  |  |  |  |  |
| 7 | Zestaw do narzędzi endoskopowych | 1 |  |  |  |  |  |
| 8 | Defibrylator | 4 |  |  |  |  |  |
| 9 | Pompa infuzyjna | 4 |  |  |  |  |  |
| 10 | Ucyfrowienie RTG zębowego | 2 |  |  |  |  |  |
| 11 | Kardiomonitor | 7 |  |  |  |  |  |
| 12 | Laser biostymulacyjny | 1 |  |  |  |  |  |
| 13 | Aparat do masażu wibracyjnego | 2 |  |  |  |  |  |
| 14 | Aparat do leczenia polem elektromagnetycznym | 1 |  |  |  |  |  |
| 15 | Aparat do leczenia polami wysokiej częstotliwości | 1 |  |  |  |  |  |
| 16 | Urządzenie do rehabilitacji stawu barkowego | 1 |  |  |  |  |  |
| 17 | Urządzenie do rehabilitacji stawu kolanowego | 1 |  |  |  |  |  |
| 18 | Wózek do transportu chorych | 3 |  |  |  |  |  |
| 19 | Aparat do ultradźwięków | 1 |  |  |  |  |  |
| 20 | Promienniki ciepła dla noworodków | 6 |  |  |  |  |  |
| 21 | Lampa materacykowa do fototerapii | 1 |  |  |  |  |  |
| 22 | Kardiotokograf – ciąża pojedyncza | 2 |  |  |  |  |  |
| 23 | Kardiotokograf – ciąża bliźniacza | 1 |  |  |  |  |  |
| 24 | Fotel ginekologiczny | 2 |  |  |  |  |  |
| 25 | Łóżko porodowe | 1 |  |  |  |  |  |
| 26 | Aparat USG | 1 |  |  |  |  |  |
| 27 | Aparat EKG | 1 |  |  |  |  |  |
| 28 | Aparat do badania serca metodą Holtera | 2 |  |  |  |  |  |
| 29 | Wózek do przewozu leków | 1 |  |  |  |  |  |
| 30 | Wózek medyczny zabiegowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 31 | Aparat do masażu zewnętrznego klatki piersiowej | 1 |  |  |  |  |  |
| 32 | Defibrylator | 1 |  |  |  |  |  |
| 33 | Monitor do nadzoru (OIT) | 1 |  |  |  |  |  |
| 34 | Zamrażarka | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

**Pakiet 2 – Respirator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość w szt.** | **Cena jedn. netto w PLN** | **Wartość netto w PLN** | **Wartość VAT w PLN** | **Wartość brutto w PLN** | **Gwarancja** **w miesiącach** |
| 1 | Respirator | 1 |  |  |  |  |  |

**Maksymalny termin dostawy do dnia ……………………………………………………………..**

………………………………………………………………………………..

 Podpis osoby upoważnionej lub osób upoważnionych

 do reprezentowania Wykonawcy