**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Aparaty do płukania oka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Aparat do płukania oka z płynem 200 ml 0,9% NaCl, sterylnie zamknięta butelka (płuczka) przeznaczona do wypłukania ciała obcego z oka. Łatwe i bezpieczne przepłukiwanie oczu płynem bezpośrednio do oka. Z nakrętką, jednocześnie wylewką płuczki. Kształt pokrywający się z naturalną krzywizną oka, a dwa niewielkie otworki powodujące wypływanie zużytego płynu. Czytelny sposób użycia. dwuletni okres trwałości sterylnego roztworu.Parametr punktowany: okres trwałości powyżej 3 lat – 1 pkt; okres trwałości 3 lata – 0 pkt.: …………….. (wpisać liczbę lat) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za okres trwałości: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 2. Ciśnieniomierze elektroniczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Ciśnieniomierz elektroniczny wyposażony w mankiet naramienny, z możliwością sterylizacji za pomocą środków dezynfekcyjnych, czytelny wyświetlacz, wyposażony w wskaźnik arytmii serca – wykrywa zaburzenia pracy serca, testowany klinicznie, funkcja klasyfikacji poziomu ciśnienia wg. standardów Światowej Organizacji Zdrowia, zarejestrowany jako wyrób medyczny, zasilany bateriami, w zestawie zasilacz i etui. Parametr punktowany: pomiar ciśnienia podczas pompowania mankietu: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: okres gwarancji 36 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalny mankiet na ramię od 22 cm do 33 cm obwodu, kompatybilny z ciśnieniomierzem z pozycji 1. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 3. Kaski ochronne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kask ochronny spełniający wymagania normy PN-EN 14052+A1:2013-04, wykonany z tworzywa HDPE, z wbudowanym systemem wentylacji, kolor czerwony, wyłożony wyściółką z mikrofibry. Z szerokim zakresem regulacji więźby w zakresie 53-64 cm, z pokrętłem typu twist-lock, nadrukowane logo zamawiającego, w zestawie pokrowiec ochronny, okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ……………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 4. Latarki czołowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Latarka czołowa o strumieniu świetlnym co najmniej. 300 lm, o zasięgu światła co najmniej 50 m, wyposażona w przesłonę, z regulacją rozproszenia światła (jasności), sensorem i światłem ostrzegawczym, z wieloma trybami świecenia. Włączana manualnie lub poprzez sensor ruchu ułatwiający włączanie lampy w trudnych warunkach. Regulacja kąta świecenia w pionie, bryzgoszczelna.Parametr punktowany: blokada włącznika: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:……..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 5. Latarki diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Latarka diagnostyczna, medyczna, generująca światło naturalne, zasilana dwoma bateriami typu AAA, obudowa z aluminium, wyposażona w klips do zaczepiania.Parametr punktowany: zabezpieczenie przed przypadkowym włączeniem: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 55 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 6. Materace próżniowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Materac próżniowy dla dorosłych; min. 3 szt. pasów zabezpieczających z min.8 uchwytami do przenoszenia, rozmieszczonych na obwodzie. Poszycie wykonane z tworzywa sztucznego, przystosowane do dezynfekcji. Materac przenikliwy dla promieni RTG; wymiary minimalne: 2 m x 0,8 m; waga max 10 kg. Wyposażony w pompkę dwukierunkową oraz torbę transportową na kompletny materac z pompką. Nośność materaca próżniowego min. 150 kg.Parametr punktowany: logo zamawiającego nadrukowane na torbie transportowej: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 7. Okulary ochronne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Okulary ochronne lekkie, elastyczne i wytrzymałe, nieparujące, zakrzywione wokół twarzy szkła zapewniające doskonałą ochronę okolicy oczu (boczne panele), dające przy tym szerokie pole widzenia bez zniekształcenia obrazu oraz regulowane zauszniki. Okulary posiadające miękkie strefy dla wrażliwych okolic nosa i uszu, spełniające normę europejską EN 166:2001 i Dyrektywę Unii Europejskiej 89/686/EEC.Parametr punktowany: ochrona przed szkodliwym promieniowaniem UV: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 160 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 8. Reduktory i dozowniki do tlenu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Butlowy reduktor z wbudowanym gniazdem AGA, praca do 200 atmosfer. Manometr zabezpieczony przed uszkodzeniem; obrotowy manometr ciśnienia wejściowego, który obraca się wokół własnej osi w zakresie 360°, spełniający normę: EN 10524 – 1. Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ……………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Butlowy reduktor wraz z przepływomierzem obrotowym; z wbudowanym gniazdem AGA; przepływ od 0 do co najmniej 15 l/min oraz z możliwością podłączenia bezpośrednio do dozownika wąsów lub maski tlenowej; pokrętło przepływomierza z tworzywa sztucznego, nie wystające poza korpus reduktora; praca do 200 atmosfer. Manometr zabezpieczony przeduszkodzeniem; obrotowy manometr ciśnienia wejściowego, który obraca się wokół własnej osi w zakresie 360°, wskaźnik nastawionego przepływu widoczny z przodu i z boku, spełniający normę: EN 10524. Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przepływomierz tlenu, do gniazda ściennego typ AGA; z możliwością regulacji przepływu od 0 do co najmniej 15 l/min,oraz z możliwością podłączenia bezpośrednio do dozownika wąsów lub maski tlenowej za pomocą obrotowej końcówki; pokrętło przepływomierza z tworzywa sztucznego, wskaźnik nastawionego przepływu widoczny z przodu i z boku nie wystające poza korpus;spełniający normę: EN 10524 – 1. Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

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

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 9. Rękawice diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Rękawice chirurgiczne neoprenowe sterylne, bezpudrowe, z rolowanym mankietem, z wewnętrzną i zewnętrzną warstwą polimerową, kolor brązowy, z warstwą antypoślizgową. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,23mm, dłoni 0,20mm, mankiecie 0,18mm, długość 280-300mm, rozciągliwość przed starzeniem min. 1030%. Zgodne z normą EN 374, ASTM 1671, odporne na przenikanie cytostatyków oraz pozbawione tiuramów, potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Na każdej rękawicy nadruk rozmiaru. Opakowanie wew. papierowe, zew. folia (nie składane na pół). Rozmiary 6,0-9,0; opakowanie po 50 par. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 5 |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice chirurgiczne poliizoprenowe, sterylne, bezpudrowe, z rolowanym mankietem, z wewnętrzną i zewnętrzną warstwą polimerową, kolor naturalnego lateksu oraz zielone, z warstwą antypoślizgową. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,23mm, dłoni 0,20-0,21mm, mankiecie 0,16-0,17mm, długość min. 280mm, rozciągliwość przed starzeniem min. 830%. Zgodne z normą EN 374, ASTM 1671, odporne na przenikanie cytostatyków oraz pozbawione tiuramów potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Na każdej rękawicy nadruk rozmiaru. Opakowanie wew. papierowe, zew. folia (nie składane na pół). Rozmiary 5,5-9,0; opakowanie po 50 par. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | Rękawice diagnostyczne do procedur o podwyższonym ryzyku, lateksowe, bezpudrowe, chlorowane. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,40mm, dłoni 0,30mm, mankiecie 0,20mm, długość 295-300mm, rozciągliwość przed starzeniem 900%, siła zrywająca przed starzeniem 33N. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Opakowanie a'25 par, rozmiary S-XL. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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)

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 10. Rękawiczki 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. | Rękawiczki diagnostyczne nitrylowe, bezpudrowe, o obniżonej grubości (grubość na palcu max. 0,08 mm; dłoni max. 0,07 mm i mankiecie max. 0,06 mm). Rolowany mankiet, teksturowany tylko na palcach. W kolorze niebieskim. Polimerowane od strony roboczej, chlorowane od wewnątrz. Długość min. 240 mm. Odporne na przenikalność co najmniej 8 substancji chemicznych, na co najmniej 2 poziomie ochrony, co zostało potwierdzone badaniami jednostki niezależnej oraz oryginalnym nadrukiem substancji i poziomów ochrony na opakowaniu. Rozmiar kodowany kolorystycznie na opakowaniu. Opakowanie a`200 sztuk XS-XL (a`180 sztuk dla rozm. XL).Parametr punktowany: rękawiczki zarejestrowane jako wyrób medyczny klasy I oraz środek ochrony osobistej kategorii III: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 17 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 11. 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. Parametr punktowany: zapasowa membrana i oliwki: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 12. Termometry elektroniczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 elektroniczny na podczerwień, bezdotykowy z pomiarem na czole i/lub skroni, 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. W zestawie z termometrem etui, 2 baterie oraz instrukcja w języku polskim. Termometr zgodny z normą PN-EN ISO 80601-2-56:2017-10Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 12 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 12 miesięcy – 0 pkt.: ……………….. (wpisać liczbę miesięcy). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 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 etui ochronne, 2 baterie, min. 20 jednorazowych osłonek pomiarowych oraz instrukcja w języku polskim.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 12 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 12 miesięcy – 0 pkt.: ……………….. (wpisać liczbę miesięcy). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 12 |  |  |  |  |  |
| 3. | Jednorazowa osłonka pomiarowa kompatybilna z termometrem z pozycji 2. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 13. Termometry lekarskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 zawiera rtęci. Nadający się do dezynfekcji, posiadający etui, z pomiarem mieszczącym się w zakresie 28-42 ºC, z dokładnością pomiaru co najmniej 0,1 ºC, automatyczny sygnał dźwiękowy po dokonaniu pomiaru.Parametr punktowany: okres gwarancji powyżej 24 miesięcy – 1 pkt; okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt.: ………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | 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.

**Punkty za okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

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

  *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*