**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Akcesoria do zestawu triage**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Opaski odblaskowe do segregacji osób poszkodowanych komplet (czarna, zielona, czerwona, żółta) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 50 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Koordynator Medyczny, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Triage, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 4. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis Transport, rozmiar L, lub uniwersalny.Parametr punktowany: fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 5. | Karty z etui do segregacji osób poszkodowanych | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **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: 3 pkt.

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

**ZADANIE 2. Czujniki do pulsoksymetru Nonin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Czujnik jednorazowego użytku dla niemowląt do pulsoksymetrów NONIN. Czujnik dla pacjentów o masie ciała od 3 kg do 30 kg. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 350 |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujniki klipsowy dla dorosłych wielokrotnego użytku, z przewodem max. 1m, do pulsoksymetrów NONIN 8500 i 2500 model 8000AA. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 3. Igły do odbarczania odmy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: …………………. (podać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 4. Igły 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. | 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 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności 2 lata – 0 pkt.: ………………….. (wpisać lata) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | 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 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności 2 lata – 0 pkt.: ………………….. (wpisać lata) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| **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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

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

**ZADANIE 5. Jednorazowe 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 200x200mm, 1 zimny kompres opatrunkowy, 1 koc izotermiczny.Parametr punktowany: termin ważności od momentu dostawy powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności od momentu dostawy poniżej 2 lat – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Na dłoń - skład zestawu:torba 300x250mm, 2 zimne kompresy opatrunkowy, 1 koc izotermiczny.Parametr punktowany: termin ważności od momentu dostawy powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności od momentu dostawy poniżej 2 lat – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Na rękę - skład zestawu:torba 700x250mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny.Parametr punktowany: termin ważności od momentu dostawy powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności od momentu dostawy poniżej 2 lat – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4. | Na nogę - skład zestawu:torba 1100x400mm, 4 zimne kompresy opatrunkowe, 1 koc izotermiczny.Parametr punktowany: termin ważności od momentu dostawy powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności od momentu dostawy poniżej 2 lat – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | 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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 4 pkt.

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

**ZADANIE 6. 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.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności 2 lata – 0 pkt.: ……………….. (wpisać lata) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 20 000 |  |  |  |  |  |
| **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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

**ZADANIE 7. Materace próżniowe dla dorosłych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | 8 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 8. Opatrunek hemostatyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.Parametr punktowany: termin ważności od momentu dostawy powyżej 2 lat – 1 pkt; termin ważności od momentu dostawy poniżej 2 lat – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 140 |  |  |  |  |  |
| **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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

**ZADANIE 9. 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 rąkpakiet wykorzystywany w czasie porodu: min. 4 sterylne tampony min. 1 sterylna gruszka min 4 sterylne klemy pępowinowe min. 1 sterylne nożyczkipakiet wykorzystywany po porodzie: min. 1 sterylna wyściółka min. 2 rękawiczki antyseptyczne min 1 kocyk dla noworodka min. 1 plastikowa torba na łożyskoCałość zestawu pakowana w sztywne opakowanie kartonowe.Parametr punktowany: termin ważności (tj. przydatności do użycia) powyżej 3 lat – 1 pkt; termin ważności (tj. okres przydatności do użycia) 3 lata – 0 pkt.:…...….. (wpisać liczbę). | 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.

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

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

**ZADANIE 10. Pasek do defibrylatora 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. | Pasek na ramię do defibrylatora Zoll posiadający możliwość regulacji długości w zakresie 90-120 cm, szerokość pasa minimum 5 cm, wyposażony w nakładkę zapobiegającą wrzynaniu paska w ramię użytkownika, zakończony metalowymi karabińczykami. Pasek wytrzymujący 50 kg statycznego obciążenia. Okres gwarancji minimum 24 miesiące: ………... (wpisać liczbę m-cy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 11. Paski do glukometru**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Paski testowe pakowane po 50 sztuk, kompatybilne z glukometrem spełniającym wymagania: zakres pomiaru 10 mg/dl-600 mg/dl glukozy we krwi, pamięć na co najmniej 800 ostatnich wyników, żywotność baterii około 1000 testów, waga nie wyższa niż 40 gramów. Wraz z paskami dostawca zobowiązany jest dostarczyć 100 glukometrów oraz w miarę potrzeby ich wymiany na nowe w trakcie trwania umowy.Parametr punktowany: możliwość dołożenia kropli krwi na pasek w ciągu 1 minuty od rozpoczęcia badania poziomu glukozy TAK – 1 pkt.; NIE – 0 pkt.: ………………….. (wpisać)Parametr punktowany: możliwość bezprzewodowej łączności z komputerem bądź telefonem. TAK – 1 pkt.; NIE – 0 pkt.: ………………….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 2 600 |  |  |  |  |  |
| **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: 2 pkt.

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

**ZADANIE 12. 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 Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla osób dorosłych i dzieci powyżej 1 roku życia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 380 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pojedyncze złącze oddechowe jednorazowego użytku do kapnometru Emma. Kształt złączki eliminujący możliwość niewłaściwego usytuowania złączki w kapnometrze. Złączka przeznaczona dla niemowląt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 80 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 13. Stazy automatyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | 100 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 14. Stazy jednorazowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | 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. | 500 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 15. Stazy 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. | Staza taktyczna wykorzystywana w masywnym krwawieniu, wykonana z wytrzymałych materiałów, z aluminiowym kołowrotem do kontroli krwawienia i ucisku (dopuszcza się kołowrót wykonany z wytrzymałego, mocnego tworzywa sztucznego), regulowana konstrukcja, z wyściółką zapobiegającą otarciom naskórka. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 16. Strzykawki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Strzykawki insulinowe 1 ml z nakładaną igłą, 40j. (0,4x12 mm lub 0,4x13mm); z przezroczystym cylindrem z polipropylenu; bez zawartości lateksu, o płynnym przesuwie tłoka „natłuszczony” olejem silikonowym; jałowa.  | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 2. | Strzykawki 50 ml czytelna, nieścieralna skala; oznaczenie co 1ml; rondo tłoka ściśle przylegającego do ścian strzykawki, o łatwym przesuwie, z gumową uszczelką; dokładność skali, typ Luer-lock; jałowa, nie pirogenna, nietoksyczna;kompatybilna z pompami infuzyjnymi: Medima, Ascor, Syramed Dopuszczona strzykawka 50 ml z rozszerzoną skala do 60 ml. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | szt. | 850 |  |  |  |  |  |
| 3. | Strzykawki j.u. 20 ml., ze skalą 1 ml; dwuczęściowa ze skalą rozszerzoną do 24 mm; o przezroczystym cylindrze z polipropylenu z niezmywalną, wyraźnie czytelną skalą, płynnym przesuwem tłoka; pakowana pojedynczo; jałowa; z widoczną datą ważności; oznaczone CE.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 500 |  |  |  |  |  |
| 4. | Strzykawki j.u. 10 ml ze skalą 0,5 ml; dwuczęściowa ze skalą rozszerzoną do 12 mm; o przezroczystym cylindrze z polipropylenu z niezmywalną, wyraźnie czytelną skalą, płynnym przesuwem tłoka; pakowana pojedynczo; jałowa; z widoczną datą ważności; oznaczone CE.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 500 |  |  |  |  |  |
| 5. | Strzykawki j.u. 5 ml, ze skalą 0,2ml; dwuczęściowa ze skalą rozszerzoną do 6 mm; o przezroczystym cylindrze z polipropylenu z niezmywalną, wyraźnie czytelną skalą, płynnym przesuwem tłoka; pakowana pojedynczo; jałowa; z widoczną datą ważności; oznaczone CE.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 500 |  |  |  |  |  |
| 6. | Strzykawki j.u. 2 ml, ze skalą 0,1ml; dwuczęściowa ze skalą rozszerzoną do 3 mm; o przezroczystym cylindrze z polipropylenu z niezmywalną, wyraźnie czytelną skalą, płynnym przesuwem tłoka; pakowana pojedynczo; jałowa; z widoczną datą ważności; oznaczone CE.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 500 |  |  |  |  |  |
| 7. | Strzykawka Janetta, j.u. 100 ml czytelna, nieścieralna skala; oznaczenie co 2ml rondo tłoka, ściśle przylegającego do ścian strzykawki, o łatwym przesuwie; z gumową uszczelką; dokładność skali; jałowa, nie pirogenna, nietoksyczna, z dołączonym łącznikiem Luer lub stożkiem cewnikowym  | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 17. Strzykawki bezpieczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Strzykawka trzyczęściowa bezpieczna z końcówką luer-lock, dwu stopniowo aktywowany mechanizm umożliwiający schowanie igły w cylindrze po użyciu oraz zabezpieczenie przed ponownym użyciem strzykawki, czytelna i trwała czarna skala pomiarowa, podwójne uszczelnienie tłoka, nazwa własna na cylindrze, sterylizowane EO, informacja o braku lateksu na opakowaniu jednostkowym, pojemność 20 ml. Opakowanie zbiorcze 50 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 50 |  |  |  |  |  |
| 2. | Strzykawka trzyczęściowa bezpieczna z końcówką luer-lock, dwu stopniowo aktywowany mechanizm umożliwiający schowanie igły w cylindrze po użyciu oraz zabezpieczenie przed ponownym użyciem strzykawki, czytelna i trwała czarna skala pomiarowa, podwójne uszczelnienie tłoka, nazwa własna na cylindrze, sterylizowane EO, informacja o braku lateksu na opakowaniu jednostkowym, pojemność 10 ml.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 50 |  |  |  |  |  |
| 3. | Strzykawka trzyczęściowa bezpieczna z końcówką luer-lock, dwu stopniowo aktywowany mechanizm umożliwiający schowanie igły w cylindrze po użyciu oraz zabezpieczenie przed ponownym użyciem strzykawki, czytelna i trwała czarna skala pomiarowa, podwójne uszczelnienie tłoka, nazwa własna na cylindrze, sterylizowane EO, informacja o braku lateksu na opakowaniu jednostkowym, pojemność 5ml.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 50 |  |  |  |  |  |
| 4. | Strzykawka trzyczęściowa bezpieczna z końcówką luer-lock, dwu stopniowo aktywowany mechanizm umożliwiający schowanie igły w cylindrze po użyciu oraz zabezpieczenie przed ponownym użyciem strzykawki, czytelna i trwała czarna skala pomiarowa, podwójne uszczelnienie tłoka, nazwa własna na cylindrze, sterylizowane EO, informacja o braku lateksu na opakowaniu jednostkowym, pojemność 3ml.Opakowanie zbiorcze 100 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 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.

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

**ZADANIE 18. Taśma pediatryczna 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. | 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. | 12 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 19. Urologia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Cewniki Foley’a w rozmiarach: CH 12-CH24, dwudrożny, z lateksu, obustronnie pokryty elastomerem silikonu; dł. ok. 40 cm; balonik o pojemności w granicach 5-15 ml.; z plastikową zastawką; jałowy, pakowany podwójnie: folia, folia-papier; sterylizowany radiacyjnie lub tlenkiem etylenu, z czytelnym oznakowaniem rozmiaru na opakowaniu. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 600 |  |  |  |  |  |
| 2. | Jednorazowy zestaw do cewnikowania pęcherza moczowego, jałowy, opakowanie trwałe bezpieczne przed rozerwaniem. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 3. | Worki do moczu dla dorosłych, zzaworem; pojemność od 1500 ml – 2000 ml; worek foliowy, trwały, miękki;długość drenu nie mniej niŜ90 cm;końcówka drenu usztywniona ozwężonym końcu, szczelnie łączącacewnik typu Foleya, w komplecie z uchwytem pozwalającym zawieszenie worka. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| 4. | Jałowy pojemnik przeznaczony do pobierania moczu na posiew, z nakrętką, pojemność 50-100 ml | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 5. | Basen sanitarny; z tworzywa sztucznego,do wielokrotnego dezynfekowania w parzewodnej i środkach dezynfekcyjnych | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 6. | Kaczka jednorazowego użytku, wyposażona w zastawkę antyzwrotną oraz  obrotowy lejek z wygodnym uchwytem, wykonana z wysokiej jakości nieprzeźroczystej folii polipropylenowej,  pojemność 1500 ml, | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| 7. | Kaczka sanitarna; z tworzywa sztucznego; do wielokrotnej dezynfekcji w parzewodnej i środkach dezynfekcyjnych;pojemność: 1 L - 1,2 L, | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 25 |  |  |  |  |  |
| 8. | Pojemnik plastikowy na mocznie sterylny; poj. 100 ml; z nakrętką; zpodziałką; szczelny. Pakowane po 10 szt. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 9. | Miska nerkowata - nerka medyczna mała;dł. ok 20cm; jednorazowego użytku | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 20. 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.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.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 1 roku – 1 pkt; termin ważności 1 rok – 0 pkt.: ……………….. (wpisać termin) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 000 |  |  |  |  |  |
| **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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

**ZADANIE 21. Worki resuscytacyjne i maski twarzowe jednorazowego użytku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 resuscytacyjny dla dorosłych jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2600 ml; objętość worka resuscytatora 1500-1600ml /objętość oddechowa 600-1000 ml; z maską twarzową jednorazowąParametr punktowany: worek wykonany z tworzywa SEBS: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 700 |  |  |  |  |  |
| 2. | Worek resuscytacyjny dla dzieci jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2600 ml; objętość worka resuscytatora 700-600ml /objętość oddechowa 400-500 ml; z maską twarzową jednorazową.Parametr punktowany: worek wykonany z tworzywa SEBS TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 500 |  |  |  |  |  |
| 3. | Worek resuscytacyjny dla noworodków/niemowląt jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 300 ml; objętość worka resuscytatora 220-250ml /objętość oddechowa 150-180 ml; z maską twarzową jednorazową.Parametr punktowany: worek wykonany z tworzywa SEBS TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 4. | Jednorazowa maska twarzowa dla dorosłych, z przeznaczeniem do użycia z ręcznymi resuscytatorami i respiratorami; dostępna w minimum trzech rozmiarach kodowanych kolorem na opakowaniu, do wyboru przez zamawiającego przy zamówieniu; pompowany mankiet ukształtowany anatomicznie do twarzy, przezroczysta, bez zawartości lateksu, gotowa do użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 500 |  |  |  |  |  |
| 5. | Jednorazowa maska twarzowa pediatryczna z przeznaczeniem do użycia z ręcznymi resuscytatorami i respiratorami; dostępna w minimum trzech rozmiarach kodowanych kolorem na opakowaniu, do wyboru przez zamawiającego przy zamówieniu; pompowany mankiet ukształtowany anatomicznie do twarzy, przezroczysta, bez zawartości lateksu oraz ftalanów, gotowa do użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 600 |  |  |  |  |  |
| **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: 6 pkt.

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

**ZADANIE 22. Worki resuscytacyjne i maski twarzowe wielorazowego użytku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 resuscytacyjny dla dorosłych wielorazowego użytku, samorozprężalny, silikonowy; przezroczysty; z zaworem bezpieczeństwa 60cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2500 ml; objętość worka resuscytatora/wdech ok. 1500/1200 ml; z maską silikonową.Okres gwarancji minimum 1 rok: ……….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Worek resuscytacyjny dla dzieci wielorazowego użytku, samorozprężalny, silikonowy; przezroczysty; z zaworem bezpieczeństwa 45 cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2500 ml; objętość worka resuscytatora/wdech ok. 550/300 ml; z maska silikonową.Okres gwarancji minimum 1 rok: ……….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Worek resuscytacyjny dla noworodków wielorazowego użytku, samorozprężalny, silikonowy; przezroczysty; z zaworem bezpieczeństwa 45 cm H2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 1500 ml; objętość worka resuscytatora/wdech ok. 220/150 ml; z maska silikonową.Okres gwarancji minimum 1 rok: ……….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Maska twarzowa silikonowa wielorazowego użytku z otwartym mankietem do stosowania z ręcznymi/automatycznymi resuscytatorami. Kształt odpowiadający budowie anatomicznej. Wykonana z przezroczystego silikonu. W 3 różnych rozmiarach (od 3 do 5 - dla dzieci i dorosłych), wybieranych przez zamawiającego każdorazowo przy zamówieniu. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 5. | Maska twarzowa silikonowa wielorazowego użytku z otwartym mankietem do stosowania z ręcznymi/automatycznymi resuscytatorami. Kształt odpowiadający budowie anatomicznej. Wykonana z przezroczystego silikonu. W 3 różnych rozmiarach (0, 1, 2 - dla noworodków i niemowląt), wybieranych przez zamawiającego każdorazowo przy zamówieniu. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 23. 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 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. | 40 |  |  |  |  |  |
| 2. | 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. | 30 |  |  |  |  |  |
| 3. | 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. | 120 |  |  |  |  |  |
| 4. | Zastawka bezzwrotna do odbarczenia odmy u noworodków | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 18 |  |  |  |  |  |
| 5. | Łącznik do zastawki bezzwrotnej do odbarczania odmy u noworodków | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| 6. | Dren z trokarem trójgraniec do obarczania odmy dla noworodków; dren odporny na złamania, gładkie PCV, linia widoczna w promieniach Rtg, zaoblony koniec, gładko wykończone otwory, rozmiar 8F oraz 10F | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 7. | Zestaw do drenażu przezskórnego metodą jednostopniową:- kateter PIGTAIL 9F x 26cm,- igła dwuczęściowa 15G x 29cm,- opaska zaciskowa,- kołnierz. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 24. Zestawy do wkłuć**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 centralnego wkłucia z dostępu obwodowego, niepirogenny, nietoksyczny, sterylny; składający się z cewnika centralnego, jednoświatłowego; wprowadzenie metodą Selingera; wykonany z poliuretanu mięknącego w temperaturze ciała. Zawierający zestaw do wprowadzania oraz uchwyt do mocowania na skórze, cewnik widoczny w RTG. Zestaw umieszczony na tacy. Minimalny termin ważności od daty dostarczenia: 24 miesiące.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 30 miesięcy od daty dostarczenia – 1 pkt; termin ważności do 30 miesięcy od daty dostarczenia – 0 pkt.: ………………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do nakłucia osierdzia; Skład zestawu: kateter 6, 7F dług. 30 cm; igła prosta – 70 mm; prowadnik 0,38", typ Jx48 cm; strzykawka 10 ml. Minimalny termin ważności od daty dostarczenia: 24 miesiące.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 30 miesięcy od daty dostarczenia – 1 pkt; termin ważności do 30 miesięcy od daty dostarczenia – 0 pkt.: ………………….. (wpisać liczbę miesięcy) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 3. | 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. | 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 termin ważności: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

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

**ZADANIE 25.  Zestawy do konikopunkcji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 szybkiej konikopunkcji dla dorosłych, jednorazowego użytku, nie pirogenny, nietoksyczny. W zestawie: system stabilizacji rurki, kaniula-rurka, prowadnica, igła, system sygnalizacyjny igły o przeszkodę; rozmiar kaniuli-rurki 4 - 6 mm. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
| **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)