**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Przylepce, lignina, chusta, siatki opatrunkowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **nr katalogowy\*** | **Jedn. Wym.** | Ilość | Cena netto jednostki | **Wartość netto**  (obliczyć 5x6) | **Stawka VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć 7x8) | **Wartość brutto**  (obliczyć: 7+9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Paski sterylne do zamykania ran 70-80 mm x 6mm x 3 szt. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | blister | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Przylepiec na tkaninie; 1,25cm x 5m; klej kauczukowy. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 2 100 |  |  |  |  |  |
| 3 | Przylepiec na tkaninie; 2,5cm x 5m; klej kauczukowy. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 2 800 |  |  |  |  |  |
| 4 | Przylepiec na włókninie 2,5cm x 5m. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 2 300 |  |  |  |  |  |
| 5 | Plaster z opatrunkiem wodoodporny; 70-80 mm x 20-30mm x 100szt. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 40 |  |  |  |  |  |
| 6 | Lignina celulozowa w arkuszach po 1 kg. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 7 | Chusta trójkątna pakowana pojedynczo. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 5000 |  |  |  |  |  |
| 8 | Siatka opatrunkowa, gęsto tkana, pamięć kształtu, przędza poliamidowo-poliuretanowa 85/15% (+-3cm), przecięcie w dowolnym miejscu bez strzępienia, długość min. 25 m w stanie rozciągniętym, szerokość 35mm (+/- 10mm) w stanie spoczynku, pasująca na ramię, kolano. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 9 | Siatka opatrunkowa, gęsto tkana, pamięć kształtu, przędza poliamidowo-poliuretanowa 85/15% (+-3cm), przecięcie w dowolnym miejscu bez strzępienia, długość min. 25 m w stanie rozciągniętym, szerokość 55mm (+/- 10mm) w stanie spoczynku, pasująca na głowę, udo. Wyrób medyczny | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 210 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | XX |  |  |

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

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

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.

**ZADANIE 2. Opaski**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta,**  **nr katalogowy\*** | **Jedn. Wym.** | Ilość | Cena netto jednostki | **Wartość netto**  (obliczyć 5x6) | **Stawka VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć 7x8) | **Wartość brutto**  (obliczyć: 7+9) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 1 | Opaska dziana pakowana pojedynczo 4m x 10cm 100% wiskoza lub bawełna lub mieszanka wiskozy i bawełny. Masa opaski minimum 9g. Wyrób medyczny. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 15 000 |  |  |  |  |  | |
| 2 | Opaska dziana pakowana pojedynczo 4m x 15cm 100% wiskoza lub bawełna lub mieszanka wiskozy i bawełny. Masa opaski minimum 14g. Wyrób medyczny. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 11 000 |  |  |  |  |  | |
| 3 | Opaska elastyczna, tkana, z zapinką, oddychająca, pakowana pojedynczo; 10cm x 4m, zawierająca przędzę bawełnianą i syntetyczną. Masa opaski minimum 17g. Wyrób medyczny. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 11 000 |  |  |  |  |  | |
| 4 | Opaska elastyczna, tkana, z zapinką, oddychająca, pakowana pojedynczo; 12cm x 4m, zawierająca przędzę bawełnianą i syntetyczną. Masa opaski minimum 21g. Wyrób medyczny. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 10 000 |  |  |  |  |  | |
| **Razem:** | | | | | |  | XX |  |  |

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

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

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.

**ZADANIE 3. Gaza, kompresy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta,**  **nr katalogowy\*** | **Jedn. Wym.** | Ilość | Cena netto jednostki | **Wartość netto**  (obliczyć 5x6) | **Stawka VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć 7x8) | **Wartość brutto**  (obliczyć: 7+9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Gaza jałowa bawełniana, 1m²; 13-nitkowa, pakowana pojedynczo. Wyrób medyczny klasy IIa, Reguła 7. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 13 000 |  |  |  |  |  |
| 2 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, 8 warstw, 5cm x 5cm. Wyrób medyczny klasy IIa.  Opakowanie a’100 szt. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 400 |  |  |  |  |  |
| 3 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, 8 warstw; 7,5cm x 7,5cm. Wyrób medyczny klasy IIa.  Opakowanie 100 szt. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 300 |  |  |  |  |  |
| 4 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, 8 warstw; 10cm x 10cm. Wyrób medyczny klasy IIa.  Opakowanie 100 szt. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 300 |  |  |  |  |  |
| 5 | Kompres jałowy wysokochłonny, włóknina z wkładem celulozowym. Wymiary: 10cm x 20cm. Chłonność min. 90g/szt.; wyrób medyczny klasy IIa, Reg 4; pakowany pojedynczo. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 10 000 |  |  |  |  |  |
| 6 | Kompresy gazowe jałowe, bawełniane, 17 nitkowe, 8 warstwowe, brzegi podwinięte. Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7; Opakowanie pojedyncze zbiorcze: karton zawierający 50 blistrów x 3 szt. kompresów o wymiarach 5cm x 5cm. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 900 |  |  |  |  |  |
| 7 | Kompresy gazowe jałowe, bawełniane, 17 nitkowe, 8 warstwowe, brzegi podwinięte; Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7; Opakowanie pojedyncze zbiorcze: karton zawierający 50 blistrów x 3 szt. kompresów o wymiarach 7,5cm x 7,5cm. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 850 |  |  |  |  |  |
| 8 | Kompresy gazowe jałowe, bawełniane, 17 nitkowe, 8 warstwowe, brzegi podwinięte. Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7; Opakowanie pojedyncze zbiorcze: karton zawierający 50 blistrów x 3 szt. kompresów o wymiarach 10cm x 10cm. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | op. | 850 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | XX |  |  |

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

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

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.

**ZADANIE 4. Jednorazowe zestawy oparzeniowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta, nr katalogowy\*** | **Jedn. Wym.** | Ilość | Cena netto jedn | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Kwota**  **VAT** | **Wartość Brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 2 |
| 1 | Opatrunki hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej;   * nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; * w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; * o silnym działaniu schładzającym; * zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; * nie podrażniające skóry i oczu; * sterylne; nietoksyczne; * nie przywierające do rany; * opatrunek min. 20cm x min. 20cm; * okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. * Wyrób medyczny klasy IIb   Parametr punktowany: okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) powyżej 3 lat – 1 pkt; okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) poniżej 3 lat – 0 pkt.: …………….. (wpisać liczbę lat). | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 420 |  |  |  |  |  |
| 2 | Opatrunki hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej;   * nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; * w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; * o silnym działaniu schładzającym; * zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; * nie podrażniające skóry i oczu; * sterylne; nietoksyczne; * nie przywierające do rany; * opatrunek min. 40cm x min. 60cm; * okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. * Wyrób medyczny klasy IIb   Parametr punktowany: okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) powyżej 3 lat – 1 pkt; okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) poniżej 3 lat – 0 pkt.: …………….. (wpisać liczbę lat). | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 330 |  |  |  |  |  |
| 3 | Hydrożel w formie półpłynnej, w butelce min. 100 ml na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej;   * do nanoszenia na bazowy materiał opatrunkowy; * o silnym działaniu schładzającym; * zmniejszający odczucie bólowe u poszkodowanego; * nie podrażniający skóry i oczu; * sterylny; nietoksyczny; * nie przywierające do rany; * okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. * Wyrób medyczny klasy IIb   Parametr punktowany: okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) powyżej 3 lat – 1 pkt; okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) poniżej 3 lat – 0 pkt.: …………….. (wpisać liczbę lat). | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 350 |  |  |  |  |  |
| 4 | Opatrunki twarzowe hydrożelowe na oparzenia do stosowania w pomocy doraźnej poza szpitalnej;   * nie wymagające wcześniejszego schładzania bieżącą wodą oparzonego miejsca; * w formie półpłynnej, hydrożel naniesiony na bazowy materiał opatrunkowy; * o silnym działaniu schładzającym; * zmniejszające odczucie bólowe u poszkodowanego; * nie podrażniające skóry i oczu; * sterylne; nietoksyczne; * nie przywierające do rany; * opatrunek min. 40cm x min. 60cm; * okres przydatności do użycia nie mniej niż 3 lata. * Wyrób medyczny klasy IIb   Parametr punktowany: okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) powyżej 3 lat – 1 pkt; okres przydatności do użycia (tj. termin ważności) poniżej 3 lat – 0 pkt.: …………….. (wpisać liczbę lat). | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 230 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | XX |  |  |

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

**Termin ważności:** **………….pkt**. (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 4 pkt

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

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

………………........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego dla przedmiotu zamówienia:

- deklaracja zgodności CE i inny obowiązujący prawem dokument dopuszczający do obrotu jako wyrób medyczny (zgodnie z Ustawą z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych - Dz. U. z 2017 r. poz. 211),w tym powiadomienie Prezesa URPLiWM o wprowadzeniu do obrotu

- opisy produktów, których autentyczność musi zostać poświadczona przez Wykonawcę na żądanie Zamawiającego. Zamawiający żąda, aby opisy poszczególnych produktów potwierdzały wszystkie parametry wymagane i określone w opisie przedmiotu zamówienia.