**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Koc bakteriostatyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Wodoodporny koc bakteriostatyczny, wykonany z materiału z zastosowaniem membrany poliuretanowej; obustronnie wodoodporny; odporny na uszkodzenia fizyczne, działanie moczu, krwi i żrących środków chemicznych; z możliwością dezynfekowania zwykłymi środkami chemicznym, oraz prania w wodzie; ciężar do 2 kg; wymiary: 180x110cm lub 200x110 cm; w zestawie torba transportowa, gwarancja min. 1 rok: …………………… (podać) | 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.

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

**ZADANIE 2. Krzesełko kardiologiczne samojezdne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Konstrukcja wykonana z materiału odpornego na korozję lub z materiału zabezpieczonego przed korozji; siedzisko i oparcie wykonane z mocnego miękkiego materiału typu winyl lub tworzywo ABS, zmywalnego i umożliwiającego dezynfekcję, wyposażone w rozkładany system płozowy ułatwiający transport pacjenta po schodach; zawierające blokadę zabezpieczającą przed samoczynnym złożeniem; regulowana wysokość uchwytu tylnego w min 3 pozycjach; wyposażone w min. 4 kółka transportowe, z czego minimum 2 obrotowe. średnica tylnych kółek minimum 15 cm, umożliwiająca wygodne przemieszczanie krzesełka z pacjentem po nierównym podłożu. Zawierające szelkowe pasy zabezpieczające pacjenta oraz stopy; Dopuszczalne maksymalne obciążenie: minimum 180 kg;Waga: max 14 kg; Instrukcja obsługi w języku polskim w paszport techniczny;Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych i normą. Deklarację zgodności, kartę gwarancyjną, instrukcja obsługi należy dołączyć do pierwszej dostawy. Okres gwarancji min. 24 miesiąceParametr punktowany: okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt; okres gwarancji 36 miesięcy lub więcej – 1 pkt ……………(wpisać liczbę miesięcy). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **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)

**ZADANIE 3. Pulsoksymetr przenośny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Pulsoksymetr przenośny, z opakowaniemochronnym; opcja monitorowania pulsu;klips palcowy wielokrotnego użytku wraz zkablem (przedłużającym); cyfrowy wyświetlacz wartości SpO2 i tętna; 3-kolorowy wskaźnik perfuzji; zasilanie bateryjne lub akumulatorowe; czas pracy na jednym komplecie baterii lub akumulatorów zasilających aparat – min. 100 godz.; sygnalizacja o niskim poziomie baterii; możliwość współpracy z szeroką gamą czujników; wysoka odporność nauszkodzenia mechaniczne; temperaturapracy min.: -20 do +40°C; zakres pomiarutętna: min. 20-300/minutę; zakres pomiaruSpO2 do 100%. Spełniający normy EN 80601-2-61. Parametr punktowany: (nie dotyczy czujników) okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt; okres gwarancji 36 miesięcy lub więcej – 1 pkt ……………(wpisać liczbę m-cy). | 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 okres gwarancji: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

**ZADANIE 4. Sprzęt ratowniczy do transportu pacjentów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Nosze podbierające wykonane z wytrzymałego stopu aluminium, materiał łopat – tworzywo sztuczne o dużej wytrzymałości, nosze z szorstkim podłożem; konstrukcja zabezpieczona przed wnikaniem płynów i materiału zakaźnego wyposażone w system zamków zabezpieczających przed przypadkowym rozdzieleniem noszy, umieszczonych po zewnętrznej stronie ramy noszy; Wielostopniowa regulacja długości z blokadą położenia; możliwość złożenia do transportu; Zawierające min. 10 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia; Min. 3 pasy zabezpieczające mocowanie pacjenta do noszy; Nośność co najmniej 159 kg; Gwarancja 24 miesiące Parametr punktowany: Przenikliwe dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG głowy, kręgosłupa, miednicy TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt; okres gwarancji 36 miesięcy lub więcej – 1 pkt …………… (wpisać liczbę miesięcy). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Deska ortopedyczna dla dorosłych, wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości; Konstrukcja zabezpieczona przed wnikaniem płynów i materiału zakaźnego oraz odporna na środki myjące i dezynfekujące; przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG; Posiadająca minimum 12 zdystansowanych od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia; na obwodzie w otworach co najmniej 8 trzpieni przeznaczonych do mocowania pasów karabińczykami; Wyposażona w uniwersalny stabilizator głowy pacjenta oraz Minimum 4 pasy o regulowanej długości deski kodowane kolorami i mocowane do trzpieni karabińczykami;Dopuszczalne wymiary w cm (wysokość/szerokość/grubość): 182 (+/- 3) / 40 -46 / 4,8 (+/- 0,5); Waga 7 kg – 9,9 kg; Nośność co najmniej 200 kg; Zgodna z normą EN 1865-1:2010Gwarancja 24 miesiące Parametr punktowany: Co najmniej 10 trzpieni przeznaczonych do mocowania pasów karabińczykami TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt; okres gwarancji 36 miesięcy lub więcej – 1 pkt …………… (wpisać liczbę miesięcy). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Deska ortopedyczna pediatryczna przeznaczona do zabezpieczenia poszkodowanych do lat 10; wyposażona w uniwersalny system pediatrycznego unieruchomienia głowy; posiadająca minimum 4 zdystansowane od płaskiego podłoża uchwytów do przenoszenia; system kodowanych kolorami pasów zabezpieczających; Długość min 120 cm; Dopuszczalne obciążenie maksymalne minimum 50kg; Wyposażona w pokrowiec ochronny; Gwarancja 24 miesiąceParametr punktowany: Przenikliwe dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG głowy, kręgosłupa, miednicy TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………(wpisać).Parametr punktowany: okres gwarancji 24 miesiące – 0 pkt; okres gwarancji 36 miesięcy lub więcej – 1 pkt …………… (wpisać liczbę miesięcy). | 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.

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

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

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

**ZADANIE 5.**  **Zestaw do reimplantacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | 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 min. do roku 2021.Zestaw w torbie transportowej.Parametr punktowany: termin ważności zestawu do 2021 r. – 0 pkt; termin ważności zestawu do 2022 r. i więcej – 1 pkt …………… (wpisać rok). | 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.

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

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

**ZADANIE 6. Zestaw 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:…….…………..………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2 | Opaski odblaskowe do segregacji osóbposzkodowanych komplet (czarna,zielona, czerwona, żółta) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | kpl. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | 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. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | 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. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5.  | 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. | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Karty z etui do segregacji osóbposzkodowanych, wykonane ze specjalnego papieru wodoodpornego i nierozrywalnego, umieszczonego w koszulce ochronnej z możliwością powieszenia na szyi | 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) Max. do uzyskania w tym zadaniu: 3 pkt.

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

**ZADANIE 7. Koce izotermiczne typu Blizzard**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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. | 6 |  |  |  |  |  |
| **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 8. Pasy zabezpieczające**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe z plastikowym zapięciem do krzesełek kardiologicznych. Końce pasów zakończone szlufką/oczkiem umożliwiającym przeplecenie pasów wokół ramy krzesełka. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 45 |  |  |  |  |  |
| 2. | Pasy zabezpieczające szelkowe czteroczęściowe do noszy transportowych posiadające metalowe zapięcie typu PRESS. Wszystkie pasy zakończone oczkiem/szlufką umożliwiającą przeplecenie pasów wokół ramy noszy. Górne dwa pasy wpinane do zapięcia typu PRESS za pomocą metalowych „przelotek”.Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pasy zabezpieczające jednoczęściowe do noszy transportowych posiadające metalowe zapięcie. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 40 |  |  |  |  |  |
|  4. | Pasy zabezpieczające dwuczęściowe do noszy transportowych posiadające metalowe zapięcie oraz zakończone szlufką/oczkiem umożliwiającym przeplecenie pasa wokół ramy noszy. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| 5. | Komplet pasów (4 szt.) do deskiortopedycznej. Pasy posiadające metalowe zapięcie oraz metalowe karabińczyki z oczkiem na końcu, umożliwiającym szybkie zapięcie na trzpieniu deski. Pasy posiadające możliwość szybkiej regulacji długości pasa po obu stronach zapięcia.Parametr punktowany: każdy pas w komplecie w innym kolorze: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać)Parametr punktowany: pasy pokryte elastomerem termoplastycznym: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | kpl. | 25 |  |  |  |  |  |
| **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 9 . Szyny wyciągowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Szyna wyciągowa do unieruchomienia złamań, umieszczona w pokrowcu transportowym, z regulowaną długością do zastosowania dla dzieci i dorosłych, składana z segmentowego rozkładanego stelaża, mocowana wzdłuż kończyny czterema pasami zapinanymi na rzep od góry mocowanie pasem biodrowo-pachwinowym o regulowanej długości. | 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 10. Unieruchomienie pacjenta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Uniwersalny system unieruchomienia głowy dla osoby dorosłej; składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na 54uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę o długości od 75 cm do 78 cm, zakończonych zapięciem typu rzep; pokrycie wykonane z materiału nieprzepuszczalnego; oparcie potylicy mocowane do deski ortopedycznej za pomocą trzech pasków. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalny system unieruchomienia głowy dla dzieci; składający się z podkładki, dwóch klocków do stabilizacji bocznej z otworami na uszy oraz dwóch pasków mocujących głowę o długości od 52 cm do 55 cm zakończonych zapięciem typu rzep; pokrycie wykonane z materiału nieprzepuszczalnego; oparcie potylicy mocowane do deski ortopedycznej za pomocą trzech pasków. | 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)