**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Gaza, kompresy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i** **numer 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 1m²; 13-nitkowa, zgodna z normą PN-EN 14079, pakowana pojedynczo. Sterylizowana parą wodną. Wyrób medyczny klasy IIa, Reguła 7. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 9 000 |  |  |  |  |  |
| 2 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, minimum 8 warstw, 5cm x 5cm; nie pylące, brzegi podwinięte, gaza zgodna z normą PN-EN 14079. Wyrób medyczny klasy IIa.Opakowanie a’100 szt. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 400 |  |  |  |  |  |
| 3 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, minimum 8 warstw; 7,5cm x 7,5cm; nie pylące, brzegi podwinięte, gaza zgodna z normą PN-EN 14079. Wyrób medyczny klasy IIa.Opakowanie 100 szt. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 300 |  |  |  |  |  |
| 4 | Kompresy niejałowe z gazy minimum 13 - nitkowej, minimum 8 warstw; 10cm x 10cm; nie pylące, brzegi podwinięte; gaza zgodna z normą PN-EN 14079. Wyrób medyczny klasy IIa.Opakowanie 100 szt. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 250 |  |  |  |  |  |
| 5 | Kompres jałowy wysokochłonny, włóknina z wkładem celulozowym. Wymiary: 10cm x 20cm. Chłonność min. 90g/szt.; wyrób medyczny klasy IIa, Reg 4; pakowany pojedynczo; opakowanie typu blister. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 9 000 |  |  |  |  |  |
| 6 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe, z gazy zgodnej z normą PN-EN 14079, nie pylące, brzegi podwinięte. Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7; Opakowanie pojedyncze 5cm x 5cm x 3 szt. w kartonie po 50 sztuk | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 7 00 |  |  |  |  |  |
| 7 | Kompresy gazowe jałowe, 17 nitkowe, 8 warstwowe, z gazy zgodnej z normą PN-EN 14079, nie pylące, brzegi podwinięte; Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7; Opakowanie pojedyncze 7,5cm x 7,5cm x 3 szt. w kartonie po 50 sztuk | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 600 |  |  |  |  |  |
| 8 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe, z gazy zgodnej z normą PN-EN 14079, nie pylące, brzegi podwinięte. Wyrób medyczny klasy IIa, Reg 7. Opakowanie pojedyncze 10cm x 10cm x 3 szt. w kartonie po 50 sztuk | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 600 |  |  |  |  |  |
| **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 i** **numer 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 10 cm 100% wiskoza lub bawełna lub mieszanka wiskozy i bawełny. Masa opaski minimum 9g. Wyrób medyczny. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 16 000 |  |  |  |  |  |
| 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. | 14 000 |  |  |  |  |  |
| 3 | Opaska elastyczna, tkana, z zapinką, pakowana pojedynczo; 10cm x 4m, oddychająca, zawierająca przędzę bawełnianą i syntetyczną. Masa opaski minimum 17g. Wyrób medyczny. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 10 000 |  |  |  |  |  |
| 4 | Opaska elastyczna, tkana, z zapinką, pakowana pojedynczo; 12cm x 4m, oddychająca. Zawierająca przędzę bawełnianą i syntetyczną. Masa opaski minimum 21g. Wyrób medyczny. | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 9 000 |  |  |  |  |  |
| **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. Przylepce, lignina, chusty, rękawy opatrunkowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i** **numer 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, wymiary: 6mm x 74-77 mm x 3 szt. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | blister | 100 |  |  |  |  |  |
| 2 | Przylepiec na tkaninie; wymiary: 1,25cm x 5m; klej kauczukowy z tlenkiem cynku. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 3 | Przylepiec na tkaninie; wymiary: 2,5cm x 5m; klej kauczukowy z tlenkiem cynku. Wyrób medyczny  | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 3 000 |  |  |  |  |  |
| 4 | Przylepiec na włókninie o wymiarach: 2,5cm x 5m; hipoalergiczny, bez lateksu, z klejem akrylowym. Wyrób medyczny  | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 2 200 |  |  |  |  |  |
| 5 | Przylepiec z opatrunkiem wodoodporny; wymiary: 70-80 x 20-30mm x 100szt. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | op. | 30 |  |  |  |  |  |
| 6 | Lignina celulozowa w arkuszach po 1 kg. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 160 |  |  |  |  |  |
| 7 | Chusta trójkątna pakowana pojedynczo. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 5 000 |  |  |  |  |  |
| 8 | Rękaw opatrunkowy siatkowy, gęsto tkany, pamięć kształtu, przędza poliamidowo-poliuretanowa 85/15% (+-3cm), przecięcie w dowolnym miejscu bez strzępienia, długość min. 25m, ramię, kolano. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 9 | Rękaw opatrunkowy siatkowy, gęsto tkany, pamięć kształtu, przędza poliamidowo-poliuretanowa 85/15% (+-3cm), przecięcie w dowolnym miejscu bez strzępienia, długość min. 25m, głowa, udo. Wyrób medyczny | Producent:……….……..Numer katalogowy:…….…………. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| **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. Narzędzia 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. | Nożyczki chirurgiczne proste, o długości ok. 16,5 cm; 2 końce ostre; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| 2. | Nożyczki ratownicze do cięcia ubrań i pasów; ze stali nierdzewnej; plastikowy uchwyt; zaokrąglone końcówki; ząbkowane ostrza; dł. ok. 19 cm ± 1,0 cm. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 60 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pinceta anatomiczna, dł. ok. 14 cm oraz ok. 16 cm; wykonane ze stali nierdzewnej (numer katalogowy dla każdego rozmiaru) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 4. | Kleszczyki naczyniowe Pean dł. ok. 13 cm, proste; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 5. | Kleszcze Magilla dla dorosłych o dł. 19-20cm. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 6. | Kleszcze Magilla dla dzieci o dł. 15-16 cm. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| 7. | Pean zakrzywiony; wielkość od 13 cm, dł. 16 cm. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **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 5. Ochrona biologiczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Maska (półmaska) twarzowa do czynności ratowniczych, chroniąca układ oddechowy przed: wirusami, grzybami, bakteriami, pleśniami; o filtracji mechaniczno-elektrostatycznej (bez aktywności bójczej), posiadająca klasę ochrony min. P3 oraz filtr oddechowy; skuteczność maski na poziomie 99,99%, wyrób medyczny (spełniający wymagania 93/42/EEC, opakowanie higieniczne jednorazowe. Data ważności na każdej masce.Parametr punktowany: Stopień ochrony maski powyżej P3 – 1 pkt; stopień ochrony maski P3 – 0 pkt.: ………………….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 600 |  |  |  |  |  |
| 2. | Indywidualny pakiet ochrony biologicznej; skład pakietu: kombinezon ochronny, buty, okulary ochronne, rękawiczki, maska ochronna, worek na odpady medyczne; pakiet spełniający wymogi CE.Data ważności na każdym zestawie.Parametr punktowany: Czas przechowywania zestawu powyżej 5 lat – 1 pkt; czas przechowywania zestawu 5 lat – 0 pkt.: …………….. (wpisać czas) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 195 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

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

**ZADANIE 6. Ochrona medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Maski fizelinowe 3 warstwowemocowanie na gumki; minimalnaprzepuszczalność; bezzapachowe. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 750 |  |  |  |  |  |
| 2. | Medyczne ubranie ochronne (komplet)fartuch z nieprzemakalnym przodem;nieprzemakalne ochraniacze na obuwie;czepek pielęgniarski; maska z osłoną naoczy; certyfikat CE; wyrób niesterylny. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| 3. | Medyczna ochrona pacjenta - śpiwór zkapturem zapinany na zamek błyskawiczny o dł. min 180 cm z włókniny polipropylenowej z nałożoną warstwą antyelektrostatyczną; certyfikat CE; wyrób niesterylny | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| 4. | Prześcieradło podfoliowane, jednorazowego użytku; wykonane zwłókniny, powlekane folią PE; wymiary:210x80 ± 5cm; kolor zielony lub niebieski;certyfikat CE; wyrób niesterylny | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| 5. | Ochronny fartuch przedni, jednorazowego użytku; wykonane z folii, pakowany pojedynczo, wyrób niesterylny, opakowanie zbiorcze a`100 szt | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | op. | 15 |  |  |  |  |  |
| **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 7. Pojemniki i worki na odpady 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. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym ok. 500x600mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki, grubość ok. 0,05 mikrona | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 35 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym ok.600x1000mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki, grubość ok. 0,05 mikrona | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 6 000 |  |  |  |  |  |
| 3. | Worki foliowe w odcieniu czerwonym ok. 1400/900mm, pakowane pojedynczo, zgrzewane bez zakładki | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 4. | Worki foliowe przeźroczyste ok. 200x300mm; pakowane pojedynczo, zgrzewane, zamykane strunowo | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 300  |  |  |  |  |  |
| 5. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne ostre, wykonane z plastiku w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność od 0,5 l do 0,7 l, wysokość: 14-19 cm, szerokość: 6,5 +/-0,5 cm; głębokość: 11 +/- 1 cm; kształt owalny, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia, oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 7 000 |  |  |  |  |  |
| 6. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne ostre, wykonane z plastiku w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność od 1 l do 1,6 l, wysokość 14-15 cm, średnica 10-11 cm, kształt okrągły, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia, oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 7. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne wykonane z plastiku w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność od 2 l do 2,5 l, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia, oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt.  | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 8. | Pojemniki jednorazowe na odpady medyczne wykonane z plastiku w kolorze czerwonym lub żółtym; materiał sztywny, szczelny, twardy, trwały, odporny na działanie wilgoci, mechanicznie odporny na przekłucie lub przecięcie; pojemność od 4,5 l do 6 l, kształt okrągły, wieczko umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego z możliwością ponownego otwarcia, oraz dodatkowo system zamykania uniemożliwiający ponowne otwarcie; z widoczną naklejką z informacją o materiale zakaźnym oraz miejscem do wpisu m.in. miejsca pochodzenia, rodzaju odpadów, daty otwarcia, daty zamknięcia, identyfikacji osoby zamykającej | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt. | 100  |  |  |  |  |  |
| 9. | Płachta z folii 1400x2000 mm, kolor czarny | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | szt.  | 3 000 |  |  |  |  |  |
| **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 8. Pościel medyczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Pokrowiec na nosze 80x195±5cm; wykonany z nieprzemakalnego laminatu wiskozowo-foliowego, gramatura min. 56g/m2; w przeciwległych końcach specjalne zakładki umożliwiające wsunięcie pokrowca na nosze oraz 2 pary troczków pozwalających przywiązać pokrowiec do materaca; certyfikat CE; wyrób nie sterylny w kolorze granatowym (dopuszczony kolor niebieski) rogi pokrowca zaokrąglone, pakowane po 20 sztuk.Parametr punktowany: pokrowiec nieprzemakalny: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 600 |  |  |  |  |  |
| 2 | Poszewka medyczna 40x40±2cm; wykonana z włókniny polipropylenowej, z nałożoną warstwą antyelektrostatyczną; certyfikat CE; wyrób nie sterylny, w kolorze zielonym pakowane po 20 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 2 |  |  |  |  |  |
| 3 | Poszewka medyczna70x80 ±2cm; wykonana z włókniny polipropylenowej, z nałożoną warstwą antyelektrostatyczną; certyfikat CE; wyrób niesterylny, w kolorze zielonym, pakowane po 20 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 2 |  |  |  |  |  |
| 4 | Poszwa pościelowa medyczna jednorazowa z włókniny PP w kolorze zielonym o wymiarach: 210 cm x 160 cm lub 210 cm x 150 cm, pakowane po 20 sztuk  | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 2 |  |  |  |  |  |
| 5 | Prześcieradło medyczne100x210±5cm; wykonane z włókninypolipropylenowej z nałożoną warstwąantyelektrostatyczną; certyfikat CE; wyróbniesterylny, pakowane po 20 szt. | Producent:……….……..………Numer katalogowy:…….…………..…… | op. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

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

**ZADANIE 9. Ręczniki z włókniny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Ręczniki z włókniny wiskozowo-polipropylenowej, gramatura min. 40g/m², rozmiar 50cmx70cm, pakowane po 50 szt. | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | op. | 300 | 30 |  |  |  |  |
| **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 10. Szpatułki laryngologiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | Szpatułki drewniane, pakowane pojedynczo. Opakowanie zbiorcze 100 szt.Data ważności na każdym pojedynczym opakowaniu.Parametr punktowany: produkt sterylny – 1 pkt; produkt niesterylny – 0 pkt.: …………………..….. (wpisać) | Producent:……….……..…………Numer katalogowy:…….…………..……… | op. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

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