**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Akcesoria do inkubatora Atom V-808**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 temperatury skóry, O.D. 5 mm, dla wcześniaków. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujnik temperatury skóry, O.D. 10 mm, dla noworodków. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Sensor tlenowy typu R22 MED. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 4. | Przepusty silikonowe. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 5. | Mankiet irysowy. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 6. | Filtr powietrza wejściowy przeciwkurzowy, typ E. Pakowany po 10 sztuk.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 1 |  |  |  |  |  |
| **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. Czujniki i przewody**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Przewód pacjenta do czujnika SpO2, długość 1,2-1,6 m, typ LNOP. Złącze LNCS. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Jednorazowy czujnik SpO2 dla noworodków, typ LNOP. Złącze LNCS. | 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 3. Czujniki noworodkowe i przewody pulsoksymetrii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Przewód pacjenta do czujnika SpO2, Massimo SET LNC-04, długość 1,2-1,6 m, typ LNCS. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| 2. | Jednorazowe czujniki SpO2 dla noworodków, typ LNCS. Czujniki w przedziałach wagowych: do 3 kg i od 3 kg do 20 kg (do wyboru przez zamawiającego każdorazowo przy składaniu zamówienia). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 450 |  |  |  |  |  |
| **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. Czujniki przepływu do respiratora Hamilton T1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 przepływu do respiratora Hamilton T1, opakowanie 10 sztuk; produkt oryginalny. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 30 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  | XX |  |  |

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

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

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

**ZADANIE 5. Kaniule i plastry dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kaniule do podawania tlenu przez nos, z możliwością zastosowania ze zmienną wartością ciśnienia przepływu. Ramiona wykonane z PCV, zakończone bezpośrednio adapterem o średnicy min.15 mm, wykonane z poliuretanu, umożliwiającym podłączenie do układu oddechowego respiratora. Noski wykonane z PVC nie zawierającego ftalanów. Długość jednego ramienia jednej rurki ok. 28 cm (+/- 5 mm). Produkt ma zawierać niezależny adapter umożliwiający podłączenie standardowego drenu tlenowego. Kaniula ma posiadać pierścień o-ring wykonany z silikonu do przytrzymania kaniuli, rozmiar kaniuli wskazany odpowiednim kolorem. Rozmiar kaniul uwzględniający wagę: 1) od około 750 g do 1000 g,2) od około 1000 g do 2500 g,3) powyżej 2500 g. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 150 |  |  |  |  |  |
| 2. | Plasterki chroniące nosek noworodka, posiadające powierzchnię adhezyjną, naklejane bezpośrednio na noski kaniul nosowych CPAP lub innych adapterów nosowych. Kształt plasterka owalny. Kompatybilne z kaniulami z pozycji nr 1. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 350 |  |  |  |  |  |
| **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 6. Kaniule noworodkowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Kaniule dożylne w rozmiarach: 1. kaniula noworodkowa 26G/19mm, 13ml 2. kaniula noworodkowa 24G/19mm, 13ml Wykonane z PTFE lub FEP, ze zdejmowanym dodatkowym elementem, ułatwiającym ich wprowadzanie do naczynia żylnego; bez portu głównego; posiadające zastawkę antyzwrotną. Pakowane w sztywne opakowanie typu TYVEC; na opakowanie fabrycznie nadrukowana informacja o braku zawartości PCV i lateksu. Wskazanie rozmiaru kaniuli każdorazowo przez Zamawiającego. Termin ważności minimum 2 lata. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..……….(podać numer dla każdego rozmiaru) | szt. | 900 |  |  |  |  |  |
| **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 7. Podkładki żelowe pediatryczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Przeciwodleżynowa podkładka żelowa typu podkowa pod głowę – pediatryczna; wymiary 14OSx5,7IDx3,2 cm lub rozmiar 140x35 mm lub (śr. zewn.x śr. wewn.x wys.) 14x5x3 cm. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przeciwodleżynowa podkładka żelowa typu obręcz pod głowę – pediatryczna; wymiary 14OS x 5,7ID x 3,2 cm lub rozmiar 140x35 mm lub (śr. zewn.x śr. wewn.x wys.) 14x5x3 cm.. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| **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. Prześcieradła dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Prześcieradło operacyjne niepodfoliowane o wymiarach 45x75 cm +/- 5 cm. Prześcieradło wykonane z wiskozy min. 65 %. Zamawiający dopuszcza prześcieradło niejałowe. Opakowanie papier-folia, zawierające wymiar prześcieradła oraz datę ważności. Termin ważności minimum 12 m-cy od daty dostarczenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |
| **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 9. Rurki noworodkowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Rurka intubacyjna bez mankietu nr: 2,0-4,5 wyskalowana, z linią –znaczenie w RTG, apirogenna, jałowa, bardzo miękka typu VYGON lub produkt równoważny, pakowana pojedynczo. Termin ważności min. 24 miesiące od daty dostarczenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| 2. | Rurka intubacyjna bez balonika z drenem do podawania surfaktantu, nawilżania dróg oddechowych i pomiaru kapnometrycznego (p CO2) rozmiar od 2,0 do 3,5 sterylna typu Vygon lub produkt równoważny. Termin ważności min. 24 miesiące od daty dostarczenia. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 3. | Pojedyncza rurka silikonowa donosowa, do wentylacji noworodków rozmiar 2.0;2.5;3.0 typu Vygon lub produkt równoważny. Termin ważności min. 24 miesiące od daty dostarczenia. | 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 10. Serwety dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Serweta chirurgiczna sterylna o wymiarach 85 x 90 cm +/- 5 cm. Serweta wykonana z 100% bawełny, min.17 nitkowej oraz 4 warstwowa. Zamawiający dopuszcza serwety z nitką RTG. Opakowanie papier-folia zawierające wymiar serwety oraz datę ważności. Termin ważności minimum 12 m-cy od daty dostarczenia.  | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 300 |  |  |  |  |  |
| **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. Układy oddechowe dla noworodków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Układ oddechowy noworodkowy, przystosowany do użytku z nawilżaczem Fisher&Paykel MR810/MR850. Komora nawilżacza o konstrukcji zapobiegającej nadmiernemu zbieraniu się kondensatu w obwodzie oddechowym; rury z zabezpieczeniem antybakteryjnym opartym na działaniu jonów srebra; przekrój rur 10 mm, przepływ gazów powyżej 4 l/min.: odcinek wdechowy podgrzewany o długości 1,2 m (+/-2 cm), odcinek wydechowy niepodgrzewany z pułapką wodną, odcinek przedłużający do inkubatora 0,3 m, zestaw adapterów umożliwiający stosowanie z respiratorem Hamilton T1. Zestaw adapterów do podaży tlenku azotu, kompatybilne z układem.Czas stosowania układu do 7 dni. | 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.

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