**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Elektrody**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Elektrody EKG jednorazowego użytku dla dorosłych, na bazie gąbki polietylenowej ze złączem zatrzaskowym, owalne lub okrągłe (zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie), o średnicy 5,0 cm +/-0,5 mm. „Nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średniotrwałego lub długoterminowego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi, szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie posiadające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką. Termin ważności: minimum 12 miesięcy.Parametr punktowany: termin ważności elektrod 24 miesiące od daty dostarczenia TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 15 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Elektrody EKG jednorazowego użytku pediatryczne, na bazie gąbki PE ze złączem zatrzaskowym, elektrody owalne lub okrągłe; (zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie, zamawiający dopuszcza elektrody w kształcie kwiatka) o średnicy 3,5 cm +/- 0,5 mm, „ nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średnio-trwałego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi; szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie posiadające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką. Termin ważności: minimum 12 miesięcy.Parametr punktowany: Termin ważności elektrod 24 miesiące od daty dostarczenia TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 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.

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

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

**ZADANIE 2. Elektrody i papier do defibrylatora Corpuls 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Elektrody jednorazowe w sztywnym opakowaniu. Powierzchnia przewodzenia ok. 81 cm² , od 20 kg wzwyż dorośli/dzieci HBO Corpuls3. Do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym, mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej, kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci.Oryginalny produkt. Przydatność użycia: minimum 2 lata: …………… (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Elektrody jednorazowe pediatryczne w miękkim opakowaniu. Powierzchnia przewodzenia ok. 42cm² HBO Corpuls3 do defibrylacji/stymulacji z kablem połączeniowym. Mogą zostać użyte do wykonania defibrylacji, zsynchronizowanej, kardiowersji, stymulacji, monitorowania parametrów życiowych dorosłych i dzieci.Oryginalny produkt. Przydatność użycia: minimum 2 lata: …………… (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 400 |  |  |  |  |  |
| 3. | Papier do drukarki Corpuls3. Sygnowany logiem producenta, opakowanie 10 rolek.Szerokość: 106 mm. Długość: 22mOryginalny produkt | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 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)

**ZADANIE 3. Kanistry i worki do ssaków Boscarol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Wkład workowy jednorazowego użytku wykonany z polietylenu, posiadający funkcję samozasysania, zintegrowaną pokrywę wyposażoną w tylko 2 króćce (porty): pacjent oraz próżnia. Kompatybilność wkładów z kanistrami o pojemności 1000 ml. Wyposażony w co najmniej 1 uchwyt do demontażu wkładu, po jego zapełnieniu; podziałka co 100 ml pojemność: co najmniej 500 ml, data ważności nadrukowana fabrycznie na każdym wkładzie; pakowane pojedynczo. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 2. | Kanister do wielokrotnego użytku, kompatybilny do ssaków OB1000, OB2012; OB - J -Liner (kanister pasujący do kołnierza plastikowego jak i materiałowego wymienionych ssaków), wykonany z przezroczystego, nietłukącego się tworzywa; ocechowany skalą pomiarową co 50 lub 100 ml, do pełnej pojemności wkładu - 500 lub 1000ml; odporny na środki dezynfekujące, oraz parę; kompatybilny z wkładami jednorazowego użytku; bez dodatkowych przyłączy (otworów) typu próżnia/ssanie; posiadający informację o metodzie sterylizacji; pojemność: 1000 ml kształt walcowaty pasujący do obręczy trzymającej kanister (obręcz średnica wew. 9,5 cm), lub dostarczenie z odpowiednim uchwytem - do wyboru przez zamawiającego przy każdorazowym zamówieniu. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 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 4. Koc ogrzewający**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ogrzewający jednorazowego użytku;  warstwa zewnętrzna: włóknina o gramaturze 22g/m², warstwa wewnętrzna: poliester o gramaturze 60g/m², z przeszyciami na całej powierzchni, zapobiegającymi przemieszczaniu się elementów poszczególnych warstw;  szwy ultradźwiękowe; Niepalny; zgodny z normą EN 13795:2011. Wymiary koca: 210 cm x 110 cm (długość x szerokość). | 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 5. Kołnierze ortopedyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz dla dorosłych. Wykonany z tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 6 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.Parametr punktowany: co najmniej 8 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………………….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 3 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Regulowany, jednoczęściowy kołnierz ortopedyczny dla dzieci. Wykonany z tworzywa sztucznego, wyłożony miękką pianką. Duży otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na sprawdzanie tętna. Składany podbródek (kołnierz przed założeniem powinien być całkowicie płaski), formujący się automatycznie do odpowiedniego kształtu podczas zakładania kołnierza. Zaczepy do mocowania drenu tlenowego maski tlenowej/kaniuli donosowej. Minimum 4 stopni regulacji. Kompatybilny z RTG i MRI.Parametr punktowany: co najmniej 6 stopni regulacji: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………………….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 1 200 |  |  |  |  |  |
| **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 parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

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

**ZADANIE 6. Latarki czołowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Latarka czołowa o strumieniu świetlnym co najmniej. 300 lm, o zasięgu światła co najmniej 50 m. Wyposażona w przesłonę, z regulacją rozproszenia światła (jasności), sensorem i światłem ostrzegawczym, z wieloma trybami świecenia. Włączana manualnie lub poprzez sensor ruchu ułatwiający włączanie lampy w trudnych warunkach. Regulacja kąta świecenia w pionie, bryzgoszczelna.Parametr punktowany: blokada włącznika: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………………….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 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: 1 pkt.

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

**ZADANIE 7. Latarki diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Latarka diagnostyczna, medyczna, generująca światło naturalne, zasilana dwoma bateriami typu AAA, obudowa z aluminium, wyposażona w klips do zaczepiania.Parametr punktowany: zabezpieczenie przed przypadkowym włączeniem: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 55 |  |  |  |  |  |
| **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. Okulary ochronne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Okulary ochronne lekkie, elastyczne i wytrzymałe, nieparujące. Zakrzywione wokół twarzy szkła zapewniające doskonałą ochronę okolicy oczu (boczne panele), dające przy tym szerokie pole widzenia bez zniekształcenia obrazu oraz regulowane zauszniki. Okulary posiadające miękkie strefy dla wrażliwych okolic nosa i uszu. Spełniające normę europejską EN 166:2001 i Dyrektywę Unii Europejskiej 89/686/EEC.Parametr punktowany: ochrona przed szkodliwym promieniowaniem UV: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………….. (wpisać). | 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.

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

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

**ZADANIE 9. Papier do Ekg**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Papier do defibrylatora Zoll 90mm/90mm/18m | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 4 500 |  |  |  |  |  |
| 2. | Papier termoczuły do CP 50 - rolka, 11,4 cm (4,5 cala) x 20 m | 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 10. Rękawiczki diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Rękawice chirurgiczne neoprenowe sterylne, bezpudrowe, z rolowanym mankietem, z wewnętrzną i zewnętrzną warstwą polimerową, kolor brązowy, z warstwą antypoślizgową. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,23mm, dłoni 0,20mm, mankiecie 0,18mm, długość 280-300mm, rozciągliwość przed starzeniem min. 1030%. Zgodne z normą EN 374, ASTM 1671, odporne na przenikanie cytostatyków oraz pozbawione tiuramów, potwierdzone badaniami z jednostki niezależnej. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Na każdej rękawicy nadruk rozmiaru. Opakowanie wew. papierowe, zew. folia (nie składane na pół). Rozmiary 6,0-9,0; opakowanie po 50 par. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Rękawice diagnostyczne do procedur o podwyższonym ryzyku, lateksowe, bezpudrowe, chlorowane. Grubość pojedynczej ścianki na palcu 0,40mm, dłoni 0,30mm, mankiecie 0,20mm, długość 295-300mm, rozciągliwość przed starzeniem 900%, siła zrywająca przed starzeniem 33N. Zarejestrowane jako wyrób medyczny oraz środek ochrony osobistej kategorii III. Opakowanie a'25 par, rozmiary S-XL. | 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 11. Rękawiczki 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. | Rękawiczki diagnostyczne nitrylowe, bezpudrowe, o obniżonej grubości (grubość na palcu max. 0,08 mm; dłoni max. 0,07 mm i mankiecie max. 0,06 mm). Rolowany mankiet, teksturowany tylko na palcach. W kolorze niebieskim. Polimerowane od strony roboczej, chlorowane od wewnątrz. Długość min. 240 mm. Odporne na przenikalność co najmniej 8 substancji chemicznych, na co najmniej 2 poziomie ochrony, co zostało potwierdzone badaniami jednostki niezależnej oraz oryginalnym nadrukiem substancji i poziomów ochrony na opakowaniu. Rozmiar kodowany kolorystycznie na opakowaniu. Opakowanie a`200 sztuk XS-XL (dopuszcza się ilość a`180 sztuk dla rozmiaru XL).Parametr punktowany: rękawiczki zarejestrowane jako wyrób medyczny klasy I oraz jako środek ochrony osobistej kategorii III: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………….. (wpisać). | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | op. | 17 000 |  |  |  |  |  |
| **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 parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

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

**ZADANIE 12. Szyny Kramera i chirurgiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Kramera 150x10 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 800 |  |  |  |  |  |
| 2. | Szyna Kramera 100x10 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 3. | Szyna Kramera 50x6 cm lub 50x7 cm, wykonana z nierdzewnego materiału.Parametr punktowany: szyny malowane proszkowo: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………….…….. (wpisać) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 2 000 |  |  |  |  |  |
| 4. | Szyny chirurgiczne palcowe na gąbce wymiary: 230x25 mm, wykonane z aluminiowej blachy i gąbki. | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| 5. | Szyny chirurgiczne palcowe na gąbce wymiary: 230x18 mm wykonane z aluminiowej blachy i gąbki. | 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: 1 pkt.

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

**ZADANIE 13. Żel do Ekg**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | Żel przewodzący do EKG, zachowującywymaganą lepkość; nie wysychający w czasie badań; o neutralnym dla skóry PH; opakowanie ok. 250 g.Parametr punktowany: termin ważności powyżej 1 roku – 1 pkt; termin ważności 1 rok – 0 pkt.: ………….. (wpisać liczbę lat) | Producent:……….……..………….Numer katalogowy:…….…………..………. | szt. | 280 |  |  |  |  |  |
| **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)