Załącznik nr 7A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania A tj. Części 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Łóżko na stanowisko intensywnej terapii nr 1**  | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Łóżko na stanowisko intensywnej terapii nr 2** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 3. | **Zestaw mebli medycznych nr 1** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 4. | **Kozetka lekarska** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 5. | **Zestaw mebli medycznych nr 2** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 6. | **Łóżko szpitalne ortopedyczne** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 7. | **Stanowisko do iniekcji** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 8. | **Łóżko pacjenta domowe** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 9. | **Zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 10. | **Szafka przyłóżkowa** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 11. | **Wózek transportowy** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 12. | **Wózek inwalidzki** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 13. | **Zestaw do nauki przemieszczania pacjentów** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 14. | **Zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 15. | **Łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 16. | **Zestaw wyposażenia biurowego** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7B do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania B tj. Części 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Most medyczny IT z doprowadzonymi wybranymi mediami** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Panel nadłóżkowy z wybranymi mediami** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7C do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania C tj. Części 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Inkubator otwarty** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Defibrylator manualny z funkcją AED** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 3. | **Pompa strzykawkowa** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 4. | **Pompa infuzyjna objętościowa** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 5. | **Respirator** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 6. | **Ssak elektryczny** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 7. | **Lampa zabiegowa** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 8. | **Defibrylator automatyczny - treningowy AED** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 9. | **Aparat EKG** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7D do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania D tj. Części 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Wysokiej klasy symulator pacjenta dorosłego** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Wysokiej klasy symulator dziecka** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 3. | **Wysokiej klasy symulator niemowlęcia** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 4. | **Stanowisko sterowania** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 5. | **Zaawansowany Fantom ALS osoby dorosłej** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 6. | **Zaawansowany Fantom PALS dziecka** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 7. | **Zaawansowany Fantom PALS niemowlę** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 8. | **Fantom BLS dorosłego** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 9. | **Fantom BLS dziecka** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 10. | **Fantom BLS niemowlęcia** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 11. | **Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 12. | **Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta dorosłego** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 13. | **Zestaw wyposażenia prezentacyjnego (44)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 14. | **Zestaw wyposażenia pomieszczenia kontrolnego** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 15. | **Zestaw wyposażenia prezentacyjnego (52)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 16. | **Stanowisko komputerowe** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 17. | **Sprzęt audio - video** | kpl. | 8 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7E do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania E tj. Części 5**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecko** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 3. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 4. | **Trenażer 1 - dostępy do naczyniowe obwodowe** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 5. | **Trenażer 2 - dostępy do naczyniowe obwodowe** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 6. | **Trenażer - dostęp doszpikowy** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 7. | **Trenażer - iniekcje domięśniowe** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 8. | **Trenażer - iniekcje śródskórne** | szt. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 9. | **Trenażer - cewnikowanie pęcherza/wymienny** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 10. | **Trenażer 1 - badanie gruczołu piersiowego** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 11. | **Trenażer 2 - badanie gruczołu piersiowego** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 12. | **Trenażer – konikotomia** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 13. | **Fantom noworodka pielęgnacyjny** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 14. | **Fantom noworodka do nauki dostępu naczyniowego** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 15. | **Fantom wcześniaka** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 16. | **Model pielęgnacji stomii** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 17. | **Model pielęgnacji ran** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 18. | **Model pielęgnacji ran odleżynowych** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 19. | **Model do zakładania zgłębnika** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 20. | **Fantom porodowy** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 21. | **Trenażer do badania oka** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 22. | **Trenażer do badania ucha** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7F do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania F tj. Części 6**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol.4 x kol.5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Wózek reanimacyjny dla dzieci z wyposażeniem** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 2. | **Wózek reanimacyjny z wyposażeniem (1)** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 3. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (1)** | kpl. | 2 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 4. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (2)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 5. | **Plecak ratowniczy** | szt. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 6. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (3)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 7. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (4)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 8. | **Wózek reanimacyjny z wyposażeniem (2)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 9. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (5)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 10. | **Zestaw drobnego sprzętu medycznego (6)** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 11. | **Zestaw narzędzi chirurgicznych** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| 12. | **Zestaw do nauki szycia ran** | kpl. | 1 | ……….…………1) | ……….…………1) |
| **Razem wartość netto** | **……….…………1)** |
| **Wartość brutto** ***(razem wartość netto + 23% VAT)*** | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**