**Pakiet 1 – Monitor zwiotczenia mięśni Załącznik 4.1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Nazwa/rodzaj aparatu** | **Ilość aparatów (szt.)** | **Ilość miesięcy** | **Cena ryczałtowa netto/miesiąc** | **Wartość netto****(kol.4 x kol.5)** | **VAT (%)** | **Wartość brutto\*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Monitor zwiotczenia mięśni BIS VISTA (Medtronic) sn: VT66669, VT66673 | 2 | 24 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

Obsługa obejmuje przeglądy według wskazań Producenta, koszt diagnostyki oraz aktualizacje i modernizacje oprogramowania, koszty dojazd/wysyłki.

**Umowa będzie obowiązywać 24 miesiące od dnia podpisania umowy.**

**Pakiet 2 - Respirator PB 840 Załącznik 4.2**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesiące | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator PB 840 (Medtronic): 3121128340, 3512133248, 3512133247, 3512133149, 3512101047, 3512101038, 3512101145, 3512101040, 3512101045, 3512101052 | 10 | 2 | 20 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator PB 840 (Medtronic): 3121128340, 3512133248, 3512133247, 3512133149, 3512101047, 3512101038, 3512101145, 3512101040, 3512101045, 3512101052 | 1 | 50 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 30 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty:**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy, ale nie wcześniej niż 30.08.2024r.**

**Pakiet 3 – Respirator PB 980 Załącznik 4.3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **Nazwa/rodzaj aparatu** | **Ilość aparatów (szt.)** | **Ilość miesięcy** | **Cena ryczałtowa netto/miesiąc** | **Wartość netto****(kol.4 x kol.5)** | **VAT (%)** | **Wartość brutto\*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator PB 980 (Medtronic) sn: (21)35B1920516 | 1 | 24 |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

\* Obsługa obejmuje przeglądy według wskazań Producenta, koszt diagnostyki oraz aktualizacje i modernizacje oprogramowania, koszty dojazdu/wysyłki.

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy.**

**Pakiet 4 – Respirator noworodkowy Załącznik 4.4**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesiące | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator noworodkowy Babylog VN 500 (Drager)sn: ASKB-0146 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |
| 2 | Respirator noworodkowy Babylog 8000 (Drager) sn: ASFE-0021 | 1 | 4 | 4 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator noworodkowy Babylog VN 500 (Drager) sn: ASKB-0146 | 1 | 30 |  |  |  |
| 2 | Respirator noworodkowy Babylog 8000 (Drager) sn: ASFE-0021 | 1 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 20 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty:**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy, ale nie wcześniej niż 30.08.2024r.**

**Pakiet 5 – Respirator Infant Flow SiPAP Załącznik nr 4.5**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesiące | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator Infant Flow SiPAP Comprehgensive (Care Fusion) sn: BHP01444 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator Infant Flow SiPAP Comprehgensive (Care Fusion)sn: BHP01444 | 1 | 10 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 8 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty:**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy, ale nie wcześniej niż 08.08.2024r.**

**Pakiet 6 – Respirator EVE IN Załącznik 4.6**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesiące | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator EVE IN (Fritz Stephan) sn: 507020411000240 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator EVE IN (Fritz Stephan) sn: 507020411000240 | 1 | 10 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 8 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty:**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy, ale nie wcześniej niż 30.08.2024r.**

**Pakiet 7 – Sprzęt anestezjologiczny Drager Załącznik 4.7**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu 24 miesięcy na jeden aparat | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto\* | VAT( % ) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |  |
| 1 | Aparat do znieczulania Fabius GS Premium (Dräger)sn: ASCK-0771, ASCK-0770, ASED-0043, ASHF-0154, ASHF-0153 | 5 | 2 | 10 |  |  |  |  |
| 2 | Aparat do znieczulania Fabius Tiro (Dräger)sn: ASAJ-0015, ASAJ-0013 | 2 | 4 | 8 |  |  |  |  |
| 3 | Monitor Infinity Delta XL (Dräger) sn: 6004174174, 6004164176, 60054900806006182776, 6001403878, 6001384470, 6009434267 | 7 | 1 | 7 |  |  |  |  |
| 3 | Moduł SCIO (Dräger)sn:ASHH-0050, ASCJ-0189 , ASCJ-0188, ASEC-0045, ASAH-0088, ASAH-0087, ASFD-0085 | 7 | 2 | 14 |  |  |  |  |
| 4 | Parownik Sevofluran Vapor 2000 (Dräger) sn:, ASCK-0137, ASCK-0136 | 2 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| 5 | Respirator Savina 300 (Dräger) sn:ASED-0213 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |  |

**\*** **Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, zestawy przeglądowe, dojazd**

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto | VAT( % ) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 1 | j.w. | 24 | 30 |  |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) |  VAT( % ) | Wartość brutto |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |  | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 15 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty** (suma kolumn 8 (Tabela I ) i 7 (Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Umowa będzie obowiązywać od 01.08.2024r.**