**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy ZOLL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **defibrylatorów ZOLL X Series**. | **szt.** | **12** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **defibrylatorów ZOLL E Series**. | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **platformy do mechanicznego ucisku klatki piersiowej ZOLL AutoPuls**. | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy defibrylatorów i do mechanicznego ucisku klatki piersiowej wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **60** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 11.000,00 PLN netto [13.530,00 PLN brutto]. |  |  |  | **11.000,00 PLN** | **23%** | **2.530,00 PLN** | **13.530,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane); wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 2. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy SMITHS MEDICAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **respiratorów Smiths Medical Pneupac paraPac.** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **respiratorów Smiths Medical Pneupac paraPac plus**. | **szt.** | **6** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **respiratorów Smiths Medical Pneupac babyPac plus**. | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **respiratorów Smiths Medical Pneupac VR1**. | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy respiratorów wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **33** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 6.000,00 PLN netto [7.380,00 PLN brutto]. |  |  |  | **6.000,00 PLN** | **23%** | **1380,00 PLN** | **7.380,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wymianę baterii i filtrów (jeżeli jest wymagane); wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 3. Przeglądy serwisowe i naprawa redutktorów tlenowych i przepływomierzy firmy GCE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **reduktorów GCE MediReg II.** | **szt.** | **24** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **reduktorów z przepływomierzem GCE MediSelect II.** | **szt.** | **24** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **przepływomierzy GCE MediFlow Ultra II.** | **szt.** | **24** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy reduktorów, reduktorów z przepływomierzem i przepływomierzy wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **24** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 2.000,00 PLN netto [2.460,00 PLN brutto]. |  |  |  | **2.000,00 PLN** | **23%** | **460,00 PLN** | **2.460,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 4. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy NONIN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **pulsoksymetrów NONIN 8500.** | **szt.** | **11** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **pulsoksymetrów z kapnometrem NONIN 9843.** | **szt.** | **6** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy pulsoksymetrów i pulsoksymetrów z kapnometrem wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **16** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 2.000,00 PLN netto [2460,00 PLN brutto]. |  |  |  | **2.000,00 PLN** | **23%** | **460,00 PLN** | **2.460,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wymianę baterii (jeżeli jest wymagane); wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 5. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy MASIMO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **kapnometrów Massimo EMMA.** | **szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy kapnometrów wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **4** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 1.000,00 PLN netto [1.230,00 PLN brutto]. |  |  |  | **1.000,00 PLN** | **23%** | **230,00 PLN** | **1.230,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wymianę baterii (jeżeli jest wymagane); wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 6. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy BOSCAROL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **ssaków Boscarol OB1000.** | **szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **ssaków Boscarol OB2012.** | **szt.** | **3** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy ssaków wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **26** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 3.500,00 PLN netto [4.305,00 PLN brutto]. |  |  |  | **3.500,00 PLN** | **23%** | **805,00 PLN** | **4.305,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 7. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy WELCH ALLYN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **termometrów Welch Allyn ThermoScan Pro 6000.** | **szt.** | **8** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **termometrów Welch Allyn ThermoScan Pro 4000.** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy termometrów wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **4** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 400,00 PLN netto 492,00 PLN brutto]. |  |  |  | **400,00 PLN** | **23%** | **92,00 PLN** | **492,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wymianę baterii (jeżeli jest wymagane); wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 8. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy ASCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **pompy strzykawkowej Ascor SEP 11S.** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **pompy strzykawkowej Ascor AP14.** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy pompy strzykawkowej wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **4** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 600,00 PLN netto 738,00 PLN brutto]. |  |  |  | **600,00 PLN** | **23%** | **138,00 PLN** | **738,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 9. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy FERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **krzesełka transportowego Ferno.** | **szt.** | **15** |  |  |  |  |  |
| **Przegląd serwisowy krezsełka transportowego Ferno**  **( samojezdne).** | **szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **noszy reanimacyjno-transportowych i transportera noszy Ferno Mondial.** | **szt.** | **14** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **noszy podbierających Ferno.** | **szt.** | **15** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy krzesełka transportowego, noszy reanimacyjno-transportowych, transportera noszy oraz noszy podbierających wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **30** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 5.000,00 PLN netto [6.150,00 PLN brutto]. |  |  |  | **5.000,00 PLN** | **23%** | **1.150,00 PLN** | **6.150,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 10. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Medima**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych Medima ze stacją dokującą Medima wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy pomp infuzyjnych Medima ze stacją dokującą Medima wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego firmy Medima wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 5 000,00 zł netto, 6 150,00 zł brutto. | - | - | - | 5 000,00 zł | 23% | 1 150,00 zł | 6 150,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 11. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy WEINMANN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy **ssaków Weinmann Accuvac Basic.** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Przegląd serwisowy **ssaków Weinmann Accuvac Rescue.** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy ssaków wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **6** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 1.000,00 PLN netto [1.230,00 PLN brutto]. |  |  |  | **1.000,00 PLN** | **23%** | **230,00 PLN** | **1.230,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 12. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Resculine**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowyurządzeń do mechanicznej kompresji klatki Piersiowej typu Corpuls CPR**.** | **szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy urzadzeń wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **6** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 1.500,00 PLN netto [1.845,00 PLN brutto]. |  |  |  | **1.500,00 PLN** | **23%** | **345,00 PLN** | **1.845,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**ZADANIE 13. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Schiller**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn.wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto**  **(obliczyć:4 x 5)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT**  **(obliczyć:6 x 7)** | **Wartość brutto**  **(obliczyć: 6 + 8 )** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowyurządzeń do mechanicznej kompresji klatki Piersiowej typu Schiler- Easy Puls**.** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy urzadzeń wraz z wystawieniem raportu i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia. | **godz.** | **6** |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od ceny oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 800,00 PLN netto [984,00 PLN brutto]. |  |  |  | **800,00 PLN** | **23%** | **184,00 PLN** | **984,00 PLN** |
|  |  |  | **Razem:** | |  |  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, a w szczególności opisane w art. 90 ust. 4 i 5 ustawy oraz realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany).

**Przegląd obejmuje:** rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych; sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie; przegląd techniczny i ewentualną kalibrację; badanie bezpieczeństwa elektrycznego; wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) i dokonaniem odpowiedniego wpisu do paszportu technicznego urządzenia.

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać; czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).