**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. ATOMIZER STRZYKAWKOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Atomizer donosowy Mad Nasal ( lub równoważny);** urządzenie do podarzy leków na błonę śluzową donosową wyposażony w elastyczna dyszę, miękki korek stożkowy zapobiegający wyciekowi podanego płynu z możliwością rozpylenia leku w zakresie 30-100qmw zestawie z strzykawką, wykonana z polipropylenu, z naniesioną widoczną skalą w formie podziałki (co 0,1 ml) i skalą numeryczną (co 1 ml), z centrycznym stożkiem; polietylenowy tłok (o płynnym przesuwie) w kolorze białym albo niebieskim albo zielonym z czterostronnym podcięciem; nazwa własna oraz logo producenta umieszczone na korpusie; pakowana pojedynczo (z datą ważnością na opakowaniu jednostkowym); opakowanie zbiorcze 100 sztuk; **data ważności w czasie dostawy ≥ 18 miesiące.** | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 2. BATERIE DO SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Bateria AA; alkaliczna;** napięcie 1,5 V; pojemność minimalna: 2600 mAh; dedykowana do zastosowań przemysłowych i profesjonalnych. | **sztuka** | **700** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Bateria AAA;** **alkaliczna;** napięcie 1,5 V; pojemność minimalna: 1200 mAh; dedykowana do zastosowań przemysłowych i profesjonalnych; **opakowanie 40 sztuk.** | **sztuka** | **600** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Bateria C;** **alkaliczna;** napięcie 1,5 V; pojemność minimalna: 7000 mAh; dedykowana do zastosowań przemysłowych i profesjonalnych**.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Bateria CR2032;** **litowa;** napięcie 3 V; pojemność minimalna: 200 mAh. | **sztuka** | **70** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 3. CIŚNIENIOMIERZE I AKCESORIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Ciśnieniomierz ręczny do pomiaru NIBP;** zakres pomiaru: 0 – 300 mmHg; minimalna dokładność: +/- 5 mmHg; manometr z dodatkową osłoną; **tarcza ze skalą radialną laserowo grawerowaną, podziałka co 2 mmHg, wskaźnikiem w formie płynnie poruszającej się iglicy;** mechanizm oparty na bazie kamieni szlachetnych; urządzenie **odporne na wstrząsy: spełnia normę AAMI** dotyczące odporności na wstrząsy – wytrzymuje upadek na twardą powierzchnię z wysokości 76 cm, nie wymagając ponownej kalibracji; **minimum 10 letnia gwarancja kalibracji;** wyposażony w gruszkę stabilizowaną za pomocą łyżki i zawór spustowy; **złącze 1 kanałowe z łącznikiem typu FlexiPort™ ( lub równoważny; dodatkowo w komplecie mankiet nr 11) (przeznaczony dla obwodów ramienia od 25 do 34 cm) ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny) i etui.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Mankiet do ciśnieniomierza nr 6** (przeznaczony dla obwodów ramienia od 7 do 10 cm), **wielorazowy, ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny;** z powłoką antybakteryjna; bez szytych szwów podatnych na rozerwanie lub strzępienie; nie zawierający lateksu; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Mankiet do ciśnieniomierza nr 8** (przeznaczony dla obwodów ramienia od 12 do 16 cm), **wielorazowy, ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny);** z powłoką antybakteryjna; bez szytych szwów podatnych na rozerwanie lub strzępienie; nie zawierający lateksu; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Mankiet do ciśnieniomierza nr 9** (przeznaczony dla obwodów ramienia od 15 do 21 cm), **wielorazowy, ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny);** z powłoką antybakteryjna; bez szytych szwów podatnych na rozerwanie lub strzępienie; nie zawierający lateksu; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Mankiet do ciśnieniomierza nr 11** (przeznaczony dla obwodów ramienia od 25 do 34 cm), **wielorazowy, ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny);** z powłoką antybakteryjna; bez szytych szwów podatnych na rozerwanie lub strzępienie; nie zawierający lateksu; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **15** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Mankiet do ciśnieniomierza nr 12** (przeznaczony dla obwodów ramienia od 32 do 43 cm), **wielorazowy,** **ze złączem typu FlexiPort™ ( lub równoważny);** z powłoką antybakteryjna; bez szytych szwów podatnych na rozerwanie lub strzępienie; nie zawierający lateksu; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **6** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

 **ZADANIE 4. IGŁY DO ODBARCZANIA ODMY OPŁUCNOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Igła do odbarczania odmy; rozmiar 14 GA, długość 8,2-8,4 cm;** **jednorazowa, jałowa;**  deklaracja zgodności CE; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 5. IGŁY DO PORTU NACZYNIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Igła typ Surecan ( lub równoważny) ze skrzydełkami wyposażona w dren w kształcie litery Y, rozmiar 22G** ostrze i trzon poddane specjalnej obróbce uniemożliwiające uszkodzenie membrany portu, drobne elastyczne skrzydełka igły pozwalające na łatwiejsze zakładanie i mocowanie igły do portu. Igła przystosowana do iniekcji pod wysokim ciśnieniem do 325psi(22,4Bar) nie zawierająca lateksu i DEHP, długość drenu 200mm (+-10mm). Pakowana sterylnie osobno lub w opakowaniu zbiorczym. **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące**. | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. |  **Igła typ Surecan ( lub równoważny) ze skrzydełkami wyposażona w dren w kształcie litery Y, rozmiar 20G** ostrze i trzon poddane specjalnej obróbce uniemożliwiające uszkodzenie membrany portu, drobne elastyczne skrzydełka igły pozwalające na łatwiejsze zakładanie i mocowanie igły do portu. Igła przystosowana do iniekcji pod wysokim ciśnieniem do 325psi(22,4Bar) nie zawierająca lateksu i DEHP, długość drenu 200mm (+-10mm). Pakowana sterylnie osobno lub w opakowaniu zbiorczym. **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące**. | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni** (wpisać; termin dostawy: 1-5 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. JEDORAZOWE AKCESORIA DO SSAKÓW MEDYCZNYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Dren łącznikowy do odsysania 24 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonane z PCV, wzmocnione podłużnie (nie załamujące się i nie zasysające się); dwa końce zakończone lejkowato; minimalna długość: 200 cm; pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **300** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 6 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 8 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 10 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 12 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 14 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 16 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 8. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 18 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 9. | **Cewnik do odsysania dróg oddechowych 20 Ch, jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, elastyczny, nie załamujące się i nie zasysający się;atraumatyczna końcówka do odsysania; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowany podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 10. | **Końcówka do odsysania typu Yankauer , lub produkt równoważny, jednorazowa, jałowa;** całkowicie przezroczysta, podwójnie zagięta; końcówka do odsysania z otworem centralnym i 4 bocznymi; schodkowa końcówka łącząca z drenem łącznikowym; **wbudowana kontrola siły ssania;** pakowana podwójnie; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **sztuka** | **75** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 7. JEDNORAZOWE ELEKTRODY EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Elektrody do wykonywania i monitorowania EKG; jednorazowe, niejałowe, wodoodporne, hipoalergiczne;** na kolistym podłożu z pianki polietylenowej o Ø 50 mm ± 5 mm; **z żelem ciekłym;** czujnik pokryty Ag/AgCl; **dla pacjenta dorosłego;** szczelne zbiorcze **opakowanie 50 szt; data przydatności w czasie dostawy ≥ 36 miesięcy.** | **opakowanie** | **2000** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Elektrody do wykonywania i monitorowania EKG; jednorazowe, niejałowe, wodoodporne, hipoalergiczne;** na kolistym podłożu z pianki polietylenowej o Ø 25-30 mm; **z żelem stałym;** czujnik pokryty Ag/AgCl; **dla pacjenta pediatrycznego i noworodkowego;** szczelne zbiorcze **opakowanie 50 szt; data przydatności w czasie dostawy ≥ 36 miesięcy.** | **opakowanie** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 8. JEDNORAZOWE FILTRY ODDECHOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Filtr oddechowy;** **jednorazowy, jałowy;** skuteczność filtracji bakteryjnej i wirusowej >99,9999%, ze zredukowaną przestrzenią martwą i oporami oddechowymi; **przeznaczony dla noworodków i niemowląt;** **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesięcy.** | **sztuka** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Filtr oddechowy;** **jednorazowy, jałowy;** skuteczność filtracji bakteryjnej i wirusowej >99,9999%, dla objętości oddechowych 70 – 600 ml; wbudowany wymiennik ciepła i wilgoci; ze zredukowaną przestrzenią martwą i oporami oddechowymi; **przeznaczony dla pacjenta noworodkowego;** **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesięcy.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Filtr oddechowy;** **jednorazowy, jałowy;** skuteczność filtracji bakteryjnej i wirusowej >99,9999%, dla objętości oddechowych 150 – 1500 ml; wbudowany wymiennik ciepła i wilgoci; ze zredukowaną przestrzenią martwą i oporami oddechowymi; **przeznaczony dla pacjenta dorosłego;** **data przydatności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.**. | **sztuka** | **600** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 9. JEDNORAZOWY SPRZĘT UROLOGICZNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Cewnik Foley'a 14 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Cewnik Foley'a 16 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Cewnik Foley'a 18 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Cewnik Foley'a 20 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Cewnik Foley'a 22 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Cewnik Foley'a 24 Ch; jednorazowy, jałowy;** dwudrożny; wykonany z lateksu silikonowanego; pakowany podwójnie (folia/folia albo folia/folia-papier); **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | **Worek do zbiórki moczu; jednorazowy, jałowy;** bezlateksowy; wykonany z PCV, podwójna ścianka; z zastawka bezzwrotną oraz zaworem spustowym typu poprzecznego; naniesiona skala objętości płynu, skalowanie co 100 ml; dren łączący o długości ≥ 90 cm, zakończony uniwersalnym łącznikiem schodkowym; 2 otwory do podwieszenia worka; **pojemność** **≥ 2000 ml;** **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 10. KOCE IZOTERMICZNE NRC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Izotermiczny koc ratunkowy; jednorazowy, niejałowy; wymiary 210/160 cm ± 5 cm;** chroniący przed groźną dla życia utratą ciepła albo przegrzaniem - wykonany z metalizowanej srebrno-złotej folii PET wg. standardu DIN. | **sztuka** | **2500** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 11. LARYNGOSKOPY I AKCESORIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Rękojeść laryngoskopu** **wielorazowa, niejałowa; wykonana z metalu; oświetlenie 2.5V Xenon;**  posiadająca wypolerowany, metalowy kołnierz odbijający i kierujący światło bezpośrednio do światłowodu w łyżce; **mocowanie łyżek zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna),** kompatybilne ze światłowodowymi łyżkami jednorazowymi i wielorazowymi; radełkowany krzyżowo uchwyt na minimum 50% powierzchni korpusu; korpus z możliwością dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie; zasilanie bateryjne (baterie AA); wysokość: 14,5 cm ± 0,5 cm, Ø 2 cm ± 0,2 cm; zapasowa żarówka w komplecie; **przeznaczona dla pacjenta pediatrycznego; gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Rękojeść laryngoskopu** **wielorazowa, niejałowa; wykonana z metalu; oświetlenie 2.5V Xenon;**  posiadająca wypolerowany, metalowy kołnierz odbijający i kierujący światło bezpośrednio do światłowodu w łyżce; **mocowanie łyżek zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna),** kompatybilne ze światłowodowymi łyżkami jednorazowymi i wielorazowymi; radełkowany krzyżowo uchwyt na minimum 50% powierzchni korpusu; korpus z możliwością dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie; zasilanie bateryjne (baterie C); wysokość: 14,5 cm ± 0,5 cm, Ø 3 cm ± 0,2 cm; zapasowa żarówka w komplecie; **przeznaczona dla pacjenta dorosłego; gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **6** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Łyżka do laryngoskopu nr 0, typu Miller; jednorazowa, jałowa; wykonana z metalu;** zawierająca wypolerowany akrylowy światłowód nie utrudniający wizualizacji dróg oddechowych; **mocowanie łyżki zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna);** dopuszczalna podstawa łyżki z tworzywa sztucznego z zachowaniem sztywności konstrukcji; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Łyżka do laryngoskopu nr 1, typu Miller; jednorazowa, jałowa; wykonana z metalu;** zawierająca wypolerowany akrylowy światłowód nie utrudniający wizualizacji dróg oddechowych; **mocowanie łyżki zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna);** dopuszczalna podstawa łyżki z tworzywa sztucznego z zachowaniem sztywności konstrukcji; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Łyżka do laryngoskopu nr 2, typu Macintosh; jednorazowa, jałowa; wykonana z metalu;** zawierająca wypolerowany akrylowy światłowód nie utrudniający wizualizacji dróg oddechowych; **mocowanie łyżki zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna);** dopuszczalna podstawa łyżki z tworzywa sztucznego z zachowaniem sztywności konstrukcji; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Łyżka do laryngoskopu nr 3, typu Macintosh; jednorazowa, jałowa; wykonana z metalu;** zawierająca wypolerowany akrylowy światłowód nie utrudniający wizualizacji dróg oddechowych; **mocowanie łyżki zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna);** dopuszczalna podstawa łyżki z tworzywa sztucznego z zachowaniem sztywności konstrukcji; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **250** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | **Łyżka do laryngoskopu nr 4, typu Macintosh; jednorazowa, jałowa; wykonana z metalu;** zawierająca wypolerowany akrylowy światłowód nie utrudniający wizualizacji dróg oddechowych; **mocowanie łyżki zgodne z ISO 7376 ( lub równoważna);** dopuszczalna podstawa łyżki z tworzywa sztucznego z zachowaniem sztywności konstrukcji; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 12. LATARKI DIAGNOSTYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Latarka medyczna diagnostyczna;** wielorazowa, niejałowa; obudowa aluminiowa z możliwością dezynfekcji; źródło światła LED o ciepłej barwie; moc światła ~ 10 lm; zasilana bateriami AAA; minimalny czas świecenia 12h; wyposażona w klips do zaczepiania;  | **sztuka** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 13. MANKIET DO SZYBKIEGO TOCZENIA PŁYNÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Mankiet z manometrem ( zakres ciśnienia od 0 do 600 mmhg) z wyraźną strefa graniczną zaznaczoną kolorem oraz gruszką; wykonany z trwałego, łatwo zmywalnego materiału; o budowie zapewniającej widoczność toczonego płynu; z możliwością zawieszenia zestawu; z możliwością zastosowania płynu od 500 do 1000ml; **gwarancja ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **11** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 14. MASKI KRTANIOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Maska krtaniowa nr 1; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Maska krtaniowa nr 1,5; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Maska krtaniowa nr 2; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Maska krtaniowa nr 3; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Maska krtaniowa nr 4; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Maska krtaniowa nr 5; jednorazowa, jałowa;** **wykonana z elastycznego silikonu;** bezlateksowa; miękki mankiet z luźnym drenem napełniającym; zakończona łącznikiem o Ø 15 mm; na korpusie i opakowaniu naniesione czytelnie: rozmiar rurki, waga pacjenta i objętość napełniania mankiety; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 15. NOŻYCZKI RATOWNICZE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Nożyczki ratownicze;** **wielorazowe, niejałowe;** przeznaczone do cięcia ubrań i pasów bezpieczeństwa; wykonane ze stali węglowej z powłoką teflonową; wyprofilowane, antypoślizgowe uchwyty na palce; stopka na jednym z ostrzy zapobiegająca zranieniu; ząbkowane ostrza, nie wymagające ostrzenia; **możliwość dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie;** długość 16-19 cm; **gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **15** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 16. PASKI DO GLUKOMETRÓW Accu-Check**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Paski testowe do oznaczenia poziomu glukozy we krwi,** kompatybilne z użytkowanymi przez Zamawiającego glukometrami Accu-Check; **opakowanie 50 sztuk;** **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **opakowanie** | **450** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**Wykonawca zobowiązany jest do bezpłatnego dostarczenia na wezwanie Zamawiającego do 30 szt. zapasowych glukometrów Accu-Check.**

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 17. RURKI USTNO-GARDŁOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 000; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **15** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 00; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 0; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 1; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 2; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 3; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 4; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **130** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 8. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 5; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **130** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 9. | Rurka ustno-gardłowa typu Guedel, rozmiar 6; jednorazowa, jałowa; kodowana kolorystycznie i numerycznie (umieszczone na rurce); pakowana pojedynczo; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące. | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 18. RURKI NOSOWO-GARDŁOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Rurka nosowo-gardłowa, rozmiar 5;** **jednorazowa, jałowa;** wykonana z miękkiego i elastycznego PCV, silikonowana, bezlateksowa; posiadająca zabezpieczenie przed całkowitym wsunięciem do nosogardła; kodowanie numeryczne umieszczone na rurce; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Rurka nosowo-gardłowa, rozmiar 6;** **jednorazowa, jałowa;** wykonana z miękkiego i elastycznego PCV, silikonowana, bezlateksowa; posiadająca zabezpieczenie przed całkowitym wsunięciem do nosogardła; kodowanie numeryczne umieszczone na rurce; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Rurka nosowo-gardłowa, rozmiar 7;** **jednorazowa, jałowa;** wykonana z miękkiego i elastycznego PCV, silikonowana, bezlateksowa; posiadająca zabezpieczenie przed całkowitym wsunięciem do nosogardła; kodowanie numeryczne umieszczone na rurce; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Rurka nosowo-gardłowa, rozmiar 8;** **jednorazowa, jałowa;** wykonana z miękkiego i elastycznego PCV, silikonowana, bezlateksowa; posiadająca zabezpieczenie przed całkowitym wsunięciem do nosogardła; kodowanie numeryczne umieszczone na rurce; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Rurka nosowo-gardłowa, rozmiar 9;** **jednorazowa, jałowa;** wykonana z miękkiego i elastycznego PCV, silikonowana, bezlateksowa; posiadająca zabezpieczenie przed całkowitym wsunięciem do nosogardła; kodowanie numeryczne umieszczone na rurce; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 19. SSAKI MEDYCZNE MECHANICZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Ssak medyczny mechaniczny nożny/ręczny;** waga do 1,5 kg; minimalna moc ssania 60 l/min (podciśnienie minimalne 0,8 bar); **minimalna objętość zbiornika na wydzielinę 600 ml, z funkcją kontynuacji odsysania mimo pełnego zbiornika** (przelanie) w nagłych sytuacjach; w zestawie z przewodem do odsysania; **możliwość dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie;** **gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **3** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

 **ZADANIE 20. STAZY AUTOMATYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Staza automatyczna; wielorazowa, niejałowa;** przeznaczona do uciskania żył przy ich kaniulacji lub iniekcjach; nie zawierająca lateksu; możliwość obsługi jedną ręką; **możliwość dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie;** **gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Opaska uciskowa bezlateksowa**: jednorazowa wykonana z szeroko rozciągliwego paska gumy syntetycznej. W opakowaniu umożliwiającej wygodne dzielenie preferowanych opasek. Opakowanie min 25 szt; **gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **opakowanie** | **100** | Producent:…….…………..……..........Nr katalogowy:…….…………..…….......... |  |  |  |  |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 21. STAZY TAKTYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Taktyczna opaska zaciskowa typu C•A•T® GEN7 ( lub równoważna)**; jednoczęściowa konstrukcja posiadająca zabezpieczenie przed przypadkowym rozpięciem lub poluzowaniem naciągu; możliwość założenia jedną ręką; dostosowana do zakładania na kończynach górnych i dolnych; wyłożona miękką wyściółką; przewidziane miejsce do zapisania czasu założenia; szerokość taśmy uciskowej 3,9 cm; waga ≤ 80 g, posiadająca numer NSN; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 48 miesięcy.** | **sztuka** | **90** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 22. STETOSKOPY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Stetoskop mechaniczny**; jednokanałowy; posiadający jednoczęściową głowicę oraz lirę, wykonane ze stali nierdzewnej albo innego stopu metalu; dwutonowa membrana do wysłuchiwania niskich i wysokich tonów;, wykonana z laminatu epoksydowego zbrojonego włóknem szklanym; głowica z pierścieniem gumowym zapewniającym „ciepły dotyk” do ciała pacjenta; miękkie, samouszczelniające się końcówki uszne (oliwki); w zestawie z kompletem części zamiennych (membrana, pierścień, 2 komplety miękkich oliwek); długość całkowita ≥ 65 cm; waga ≤ 180 g; Ø membrany ≥ 4 cm **przeznaczony dla pacjentów dorosłych; gwarancja ≥ 36 miesięcy.** | **sztuka** | **11** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Stetoskop mechaniczny**; jednokanałowy; posiadający dwuczęściową głowicę (z obrotowym przełącznikiem) oraz lirę, wykonane ze stali nierdzewnej albo innego stopu metalu; 2 membrany do wysłuchiwania niskich i wysokich tonów, wykonane z laminatu epoksydowego zbrojonego włóknem szklanym; głowica z pierścieniami gumowymi zapewniającym „ciepły dotyk” do ciała pacjenta; miękkie, samouszczelniające się końcówki uszne (oliwki); w zestawie z kompletem części zamiennych (membrany, pierścienie, 2 komplety miękkich oliwek); długość całkowita ≥ 65 cm; waga ≤ 140 g; Ø dużej membrany ≥ 3 cm, ≤ 4 cm; **przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych i neonatologicznych; gwarancja ≥ 36 miesięcy.** | **sztuka** | **11** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

 **ZADANIE 23. SZYNY KRAMERA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Szyna typu Kramera 25x5 cm ± 1 cm; wielorazowa, niejałowa;** wykonana z nierdzewnego metalu**; umieszczona w powleczeniu** z nieprzepuszczalnego dla płynów i poddającego się dezynfekcji materiału. | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Szyna typu Kramera 50x7 cm ± 2 cm; wielorazowa, niejałowa;** wykonana z nierdzewnego metalu**; umieszczona w powleczeniu** z nieprzepuszczalnego dla płynów i poddającego się dezynfekcji materiału. | **sztuka** | **120** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Szyna typu Kramera 100x10 cm ± 2 cm; wielorazowa, niejałowa;** wykonana z nierdzewnego metalu**; umieszczona w powleczeniu** z nieprzepuszczalnego dla płynów i poddającego się dezynfekcji materiału. | **sztuka** | **120** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Szyna typu Kramera 150x10 cm ± 2 cm; wielorazowa, niejałowa;** wykonana z nierdzewnego metalu**; umieszczona w powleczeniu** z nieprzepuszczalnego dla płynów i poddającego się dezynfekcji materiału. | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 24. SZYNY WYCIĄGOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Szyna wyciągowa do unieruchamiania i nastawiania kończyn dolnych;** posiadająca regulację długości; mocowana do kończyny 4 elastycznymi opaskami typu Velcro ( lub równoważna); mocowanie górne w miejscu podparcia na guzie kulszowym, mocowanie dolne w okolicy stawu skokowego z podłączeniem do płynnego mechanizmu wyciągowego; posiadająca składaną podpórkę przeciwzakrzepową i przeciwobrzękową; pokrowiec transportowy w zestawie; **przeznaczony dla pacjentów dorosłych; gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 25. WORKI SAMOROZPRĘŻALNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Worek samorozprężalny, resuscytacyjny** **wielorazowy; wykonany z silikonu;** z zaworem bezpieczeństwa 40 cm H2O; minimalna objętość worka: 220 ml; **dostarczana objętość oddechowa: 100-250 ml;** z rezerwuarem tlenu o objętości minimum 100 ml; z zaworem PEEP (zakres regulacji 1,5-20 cm H2O); średnica złącza do podłączenia maski: 22 mm zewnętrzna, 15 mm wewnętrzna; korpus i zawór PEEP z możliwością dezynfekcji oraz sterylizacji w autoklawie; deklaracja zgodności CE; w zestawie z maską silikonową nr 0 i 1; **przeznaczony dla noworodków (masa ciała ≤ 10 kg); gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **4** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Worek samorozprężalny, resuscytacyjny** **wielorazowy; wykonany z silikonu;** z zaworem bezpieczeństwa 40 cm H2O; minimalna objętość worka: 600 ml; **dostarczana objętość oddechowa: 430-550 ml;** z rezerwuarem tlenu o objętości minimum 1500 ml; z zaworem PEEP (zakres regulacji 1,5-20 cm H2O); średnica złącza do podłączenia maski: 22 mm zewnętrzna, 15 mm wewnętrzna; korpus i zawór PEEP z możliwością dezynfekcji oraz sterylizacji w autoklawie; deklaracja zgodności CE; w zestawie z maską silikonową nr 2 i 3; **przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych (masa ciała 10-30 kg); gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **4** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Worek samorozprężalny, resuscytacyjny** **wielorazowy; wykonany z silikonu;** z zaworem bezpieczeństwa 40-60 cm H2O; minimalna objętość worka: 1450 ml; **dostarczana objętość oddechowa: 1100-1500 ml**; z zaworem PEEP (zakres regulacji 1,5-20 cm H2O); z rezerwuarem tlenu o objętości minimum 2500 ml; średnica złącza do podłączenia maski: 22 mm zewnętrzna, 15 mm wewnętrzna; korpus i zawór PEEP z możliwością dezynfekcji oraz sterylizacji w autoklawie; deklaracja zgodności CE;w zestawie z maską silikonową nr 4 i 5; **przeznaczony dla pacjentów dorosłych (masa ciała ≤ 30 kg); gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **5** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 26. ZESTAW DO KONIKOPUNKCJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Zestaw do konikopunkcji ratunkowej; jednorazowy, jałowy;** w składzie minimum: rurka dotchawicza wprowadzana za pomocą igły z zabezpieczeniem przed uszkodzeniem tylnej ściany albo metodą Seldingera, zakończoną łącznikiem o Ø 15 mm albo dodatkowy łącznik w zestawie, skalpel zintegrowany z trzonkiem, mocowanie rurki, strzykawkę o objętości **≥** 5 ml, **instrukcję i etykietę w języku polskim;** deklaracja zgodności CE; **przeznaczone dla pacjentów dorosłych; data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **6** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestaw do konikopunkcji ratunkowej; jednorazowy, jałowy;** w składzie minimum: rurka dotchawicza wprowadzana za pomocą igły z zabezpieczeniem przed uszkodzeniem tylnej ściany albo metodą Seldingera, zakończoną łącznikiem o Ø 15 mm albo dodatkowy łącznik w zestawie, skalpel zintegrowany z trzonkiem, mocowanie rurki, strzykawkę o objętości **≥** 5 ml, **instrukcję i etykietę w języku polskim;** deklaracja zgodności CE; **przeznaczone dla pacjentów pediatrycznych ≥ 2 roku życia; data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **4** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 27 . ZESTAW DO DRENAŻU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Zestaw do drenażu opłucnej z zastawką bezzwrotną . Skład zestawu: kaniula punkcyjna 1,8 x 80 mm, z zastawką bezzwrotną, worek 2,0 l, strzykawka trzyczęściowa 60 ml, dren łączący z końcówką LOCK. **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące** | **sztuka** | **11** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do drenażu klatki piersiowej metoda Matthysa, jednorazowego użytku, sterylny, nie pirogenny, nietoksyczny, nie zawierający lateksu; w skład zestawu wchodzi: kaniula punkcyjna, łącznik, nakładka zapobiegająca załamywaniu się cewnika, strzykawka 60 ml, worek do zbierania wydzieliny. **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące** | **sztuka** | **11** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.

**ZADANIE 28. ZESTAW PORODOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Ilość** | **Nazwa producenta i numer katalogowy** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto****(obliczyć: 4x6)** | **Stawka VAT (%)** | **Kwota VAT****(obliczyć: 7x8)** | **Wartość brutto****(obliczyć: 7+9)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Zestaw porodowy; jednorazowy, jałowy;** przeznaczony do odbioru pojedynczego porodu naturalnego w warunkach przedszpitalnych;podzielony na niezależne pakiety do użycia w odpowiedniej fazie porodu; minimalna zawartość: pakiet przedporodowy (2 pary rękawiczek; podkład chłonny; serweta wierzchnia; ręcznik do rąk); pakiet porodowy (4 kompresy; gruszka do odsysania; 4 klemy pępowinowe; nożyczki); pakiet poporodowy (podpaska higieniczna wysokochłonna, 2 rękawiczki antyseptyczne, opaska identyfikacyjna dla noworodka, kocyk dla noworodka, pielucha jednorazowa dla noworodka; torba na łożysko);etykieta w języku polskim; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **zestaw** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xx** | **xx** |  |

**\*Jeśli producent nie podaje nr katalogowego proszę wpisać „brak” w odpowiednim miejscu w kolumnie 5.**

**Termin dostawy: ………… dni**

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.