znak sprawy: ZP.382.1.2025

Załącznik 1A do SWZ

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY

**Dostawa sprzętu medycznego ( w tym rehabilitacyjnego) oraz mebli medycznych dla potrzeb Uzdrowiska Goczałkowice -Zdrój Sp. z o.o. z siedzibą w Goczałkowicach Zdroju**

**Pakiet / Zadanie nr 1**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Aparat EKG | 5 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Audiometr diagnostyczny z oprogramowaniem | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Defibrylator | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Manometr do kontroli kalibracji | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Waga lekarska ze wzrostomierzem | 10 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Waga najazdowa | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw laryngoskopowy | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Ssak | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 1:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 2**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  | Katedra biczy szkockich | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Stopnie rehabilitacyjne | 20 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Suchy hydromasaż | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Wanna do masażu podwodnego | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Wanna medyczna | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Wanna medyczna do kąpieli borowinowych | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Podnośnik jezdny | 4 |  | szt. |  |  |  |  |  |
|  | Podnośnik ścienny basenowy | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 2:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 3**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Bieżnia z systemem podwieszenia | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Kształtki rehabilitacyjne | 50 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Leżanka drewniana | 6 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | Podwieszki do UGUL | 40 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 5. | Rower pionowy niska rama | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 6. | Rower pionowy | 6 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 7. | Schody rehabilitacyjne | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 8. | Stepper | 6 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 9. | Stół rehabilitacyjny elektryczny | 8 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 10. | Stół rehabilitacyjny elektryczny | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 11. | Stół rehabilitacyjny elektryczny | 6 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 12. | Urządzenie do trakcji lędźwiowego odcinka kręgosłupa | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 13. | Urządzenie do trakcji szyjnego odcinka kręgosłupa | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 14. | wioślarz | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 3:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 4**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Aparat do suchych kąpieli CO2/O3 | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Aparat do terapii podciśnieniowej | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Aparat do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej intensywności w celu stymulacji mięśni dna miednicy fotel | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | Aparat ultradźwiękowy | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 5. | Inhalator pneumatyczny | 4 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 6. | Lampa do terapii światłem hiperspolaryzowanym | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 7. | Lampa sollux | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 8. | Platforma interaktywna + monitor/telewizor | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 9. | Rezonans stochastyczny | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 4:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 5**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Chłodziarka farmaceutyczna | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 5:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 6**

| **Lp.** | Opis przedmiotu zamówienia | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Fotel do pobierania krwi | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Stolik zabiegowy | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Fotel na kółkach | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | Fotel na kółkach | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 5. | Wózek do transportu chorego | 3 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 6. | Wózek inwalidzki | 6 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 7. | Wózek inwalidzki wzmocniony | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 8. | Wózek zabiegowy wielofunkcyjny | 7 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 9. | Wózek kąpielowy | 2 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 10. | Krzesło obrotowe niskie | 10 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| 11. | Krzesło obrotowe wysokie | 12 |  | szt. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM PAKIET NR 6:** | | | | | | |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 7**

| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Głowica USG | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 8**

| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Lampa bakteriobójcza dwufunkcyjna przepływowa | 5 |  | szt. |  |  |  |  |  |

**Pakiet / Zadanie nr 9**

| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Żądana ilość** | **Producent – nazwa** | **J.m.** | **Ilość**  **oferowana** | **Cena jednostk. netto** | **Wartość netto** | **% VAT** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | wózek do transportu zwłok | 1 |  | szt. |  |  |  |  |  |

.............................................................

(miejscowość i data)

Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF