**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**ZADANIE 1. AKCESORIA DO POMP STRZYKAWKOWYCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Kranik trójdrożny; jednorazowy, jałowy;** bezlateksowy, nie zawierający ftalanów, nietoksyczny i niepirogenny; odporny na lipidy; wykonany z poliwęglanu; posiadający optyczny identyfikator pozycji otwarty/zamknięty oraz oznaczenie kierunków przepływu; wszystkie wejścia typu luer-loc, nie krótszy niż 10 cm (1 męskie z obrotową nakrętką, 2 żeńskie) zabezpieczone koreczkiem; pakowany pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **150** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Przedłużacz do pompy infuzyjnej; jednorazowy, jałowy;** bezlateksowy, nie zawierający ftalanów, nietoksyczny i niepirogenny; przeznaczony do leków światłoczułych (bursztynowy lub równoważny); wszystkie wejścia typu luer-lock (1 męskie, 1 żeńskie) zabezpieczone koreczkiem; pakowany pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Strzykawka do pompy infuzyjnej; trzyczęściowa, o pojemności 50 ml; jednorazowa, jałowa;** bezlateksowa, nie zawierająca ftalanów, nietoksyczny i niepirogenna; przeznaczona do leków światłoczułych (bursztynowa lub równoważna); wejście typu luer-lock (męskie); pakowana pojedynczo; **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 2. BASENY I NERKI MEDYCZNE JEDNORAZOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Basen medyczny;** **jednorazowy, niejałowy;** wykonany z masy papierowej (pulpy) pochodzącej z recyklingu; o pojemności użytkowej od 1,2 L do 1,5 L oraz pojemności maksymalnej 2 L; odporny na przesiąkanie do ~ 4 h ± 15 min.; odporny do temperatury minimum 35 °C; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **10** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Nerka** **medyczna;** **jednorazowa, niejałowa;**  wykonany z masy papierowej (pulpy) pochodzącej z recyklingu; o pojemności użytkowej minimum 300 ml oraz pojemności maksymalnej 900 ml; odporny na przesiąkanie do ~ 4 h ± 15 min.; odporny do temperatury minimum 35 °C; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **25** | 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. CZUJNIKI DO PULSOKSYMETRII 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. | **Kabel saturacji; wielorazowy;** wykonany w technologii Masimo SET® rainbow™ MD20 – 05; kodowany kolorystycznie; złączka typu Mini, 20 PIN, typu RD; lekka wtyczka, bez elementów ruchomych, zabezpieczona przed zalaniem; dotykowy i dźwiękowy sygnał połączenia z czujnikiem; **długość 150 cm ± 5 cm;** rozpoznawalny przez oprogramowanie i kompatybilny z defibrylatorem ZOLL® X-series. | **sztuka** | **15** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Czujnik pulsoksymetrii dla pacjentów pediatrycznych (3-20 kg);** **jednorazowy;** wykonany w technologii Masimo SET® Inf – RD; posiadający lekką, płaską wtyczkę (bez części ruchomych) zabezpieczoną przed zalaniem, kodowaną kolorystycznie; z niskim profil elementów wewnętrznych; czujnik typu L z płaskim kablem o długości 14,5 cm; pakowane pojedynczo; rozpoznawalny przez oprogramowanie i kompatybilny z defibrylatorem ZOLL® X-series. | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Czujnik pulsoksymetrii dla pacjentów pediatrycznych (10-50 kg);** **wielorazowy;** wykonany w technologii Masimo SET® RD DCIP; rozpoznawalny przez oprogramowanie i kompatybilny z defibrylatorem ZOLL® X-series | **sztuka** | **6** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Czujnik pulsoksymetrii dla pacjentów dorosłych;** **(> 30 kg);** **wielorazowy;** wykonany w technologii Masimo SET® RD DCI, typu klips na palec; rozpoznawalny przez oprogramowanie i kompatybilny z defibrylatorem ZOLL® X-series. | **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 4. KASKI OCHRONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Kask ochronny typu lekkiego; dedykowany do działań ratowniczych i prac na wysokości;** skorupa wykonana z absorbującego uderzenia ABS;w kolorze żółtym albo pomarańczowym; posiadający elementy odblaskowe; brak wentylacji; posiadający system regulacji w zakresie minimum od 53 cm do 63 cm i ustawiający centrycznie kask na głowie; wyposażony w system pasków mocowanych w minimum sześciu punktach; pasek pod brodę z regulowaną wytrzymałością; możliwość instalacji dodatkowych akcesoriów w postaci: latarki czołowej, osłon słuchu i osłony wzroku; **gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **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 5. KLESZCZYKI MAGILLA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Kleszczyki intubacyjne Magilla; wielorazowe, niejałowe; o długości 17 cm albo 20 cm;** wykonane ze stali chirurgicznej high carbon**;** wykończenie lustrzane; możliwość dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie; **dla pacjentów pediatrycznych; gwarancja ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **15** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Kleszczyki intubacyjne Magilla; wielorazowe, niejałowe; o długości 25 cm;** wykonane ze stali chirurgicznej high carbon**;** wykończenie lustrzane; możliwość dezynfekcji i sterylizacji w autoklawie; **dla pacjentów dorosłych; 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 6. KOC BAKTERIOSTATYCZNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Koc bakteriostatyczny;** **wielorazowy, niejałowy, nie przepuszczalny dla płynów i cieczy;** wymiary:100 cm ± 20 cm x 200 cm ± 10 cm;wykonany z łatwego w czyszczeniu i utrudniającego rozwój mikroorganizmów materiału; posiadający odporność na uszkodzenia mechaniczne i silnie żrące środki chemiczne; możliwość dezynfekcji środkami na bazie alkoholu; możliwość prania w pralce; **gwarancja ≥ 24 miesięcy.** | **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 7. KOCE OGRZEWAJĄCE JEDNORAZOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Koc ogrzewający; jednorazowy, niejałowy;** wymiary: 110 cm ± 10 cm x 210 cm ± 10 cm; wykonany z włókniny z poliestrowym wypełnieniem; posiadający możliwość podgrzewania; zgodny z normą EN 13795:2011; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 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 8. KOŁNIERZE ORTOPEDYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Kołnierz ortopedyczny; jednoczęściowy**; regulowany: minimum 3 precyzyjne ustawienia kołnierza; wykonany z twardego tworzywa sztucznego, wyścielonego po stronie wewnętrznej pianką; otwory z tyłu kołnierza pozwalający na odpływ potu i innych płynów; otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na pomiar tętna; wyprofilowana podpórka pod brodę zapewniająca blokadę szczęki; przenikliwy dla promieni RTG; **spełniające normę: EN980; przeznaczony dla pacjentów pediatrycznych.** | **sztuka** | **80** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Kołnierz ortopedyczny; jednoczęściowy**; regulowany: minimum 3 precyzyjne ustawienia kołnierza; wykonany z twardego tworzywa sztucznego, wyścielonego po stronie wewnętrznej pianką; otwory z tyłu kołnierza pozwalający na odpływ potu i innych płynów; otwór z przodu na wysokości krtani pozwalający na pomiar tętna; wyprofilowana podpórka pod brodę zapewniająca blokadę szczęki; przenikliwy dla promieni RTG; **spełniające normę: EN980; przeznaczony dla pacjentów dorosłych.** | **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 9. MASKI TWARZOWE ANESTETYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 twarzowa anestetyczna nr 0; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | **Maska twarzowa anestetyczna nr 1; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | **Maska twarzowa anestetyczna nr 2; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Maska twarzowa anestetyczna nr 3; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **40** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Maska twarzowa anestetyczna nr 4; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **80** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Maska twarzowa anestetyczna nr 5; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **data** **przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Maska twarzowa anestetyczna nr 6; jednorazowa, niejałowa;** kopuła wykonana z przezroczystego polietylenu; nie zawierająca PCV i ftalanów; delikatny, miękki mankiet posiadający kodowany kolorystycznie w zależności od rozmiaru mankiet wykonany z termoplastycznego elastomeru; **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**

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. MATERIAŁY DO TLENOTERAPII BIERNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 donosowy do tlenoterapii; jednorazowy; niejałowy;** wykonany z medycznego PCV, bezlateksowy; zakończony uniwersalnym łącznikiem; dren o długość 200 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; pakowany pojedynczo; **przeznaczony dla pacjentów dorosłych; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **800** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Maska tlenowa twarzowa prosta S;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **70** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Maska tlenowa twarzowa prosta M;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Maska tlenowa twarzowa prosta L;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **250** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Maska tlenowa twarzowa prosta XL;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **300** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 6. | **Maska tlenowa twarzowa z nebulizatorem S;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w nebulizator o pojemności 8 ml (skalowany co 1 ml), wytwarzający cząsteczki o średniej wielkości 3,23 μm przy przepływie 6 L/min; pakowana pojedynczo; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 7. | **Maska tlenowa twarzowa z nebulizatorem M;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w nebulizator o pojemności 8 ml (skalowany co 1 ml), wytwarzający cząsteczki o średniej wielkości 3,23 μm przy przepływie 6 L/min; pakowana pojedynczo; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **100** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 8. | **Maska tlenowa twarzowa z nebulizatorem L;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w nebulizator o pojemności 8 ml (skalowany co 1 ml), wytwarzający cząsteczki o średniej wielkości 3,23 μm przy przepływie 6 L/min; pakowana pojedynczo; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **400** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 9. | **Maska tlenowa twarzowa z nebulizatorem XL;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w nebulizator o pojemności 8 ml (skalowany co 1 ml), wytwarzający cząsteczki o średniej wielkości 3,23 μm przy przepływie 6 L/min; pakowana pojedynczo; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **400** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 10. | **Maska tlenowa twarzowa z rezerwuarem S;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w rezerwuar tlenu o pojemności 1 L; posiadająca silikonowe zastawki; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **75** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 11. | **Maska tlenowa twarzowa z rezerwuarem M;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w rezerwuar tlenu o pojemności 1 L; posiadająca silikonowe zastawki; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **200** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 12. | **Maska tlenowa twarzowa z rezerwuarem L;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w rezerwuar tlenu o pojemności 1 L; posiadająca silikonowe zastawki; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **300** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 13. | **Maska tlenowa twarzowa z rezerwuarem XL;** **jednorazowa; niejałowa;** wykonana z medycznego PCV, bezlateksowa; dren zakończony uniwersalnymi łącznikami o długość 200 cm ± 10 cm, o gwiazdkowy przekroju, odpornym na zagięcia; wyposażona w rezerwuar tlenu o pojemności 1 L; posiadająca silikonowe zastawki; posiadająca obrotowy łącznik umożliwiający dostosowanie do pozycji pacjenta; pakowana pojedynczo; pakowana pojedynczo; **data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **400** | 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. NAKŁUWACZE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Nakłuwacze automatyczne 21G**; **jednorazowe, jałowe;** umożliwiające pobranie próbki krwi włośniczkowej do badania glikemii; o głębokość wykonywanego nakłucia 2,4 mm; konstrukcja zapewniająca bezpieczne stosowanie bezlateksowa, nie zawierająca ftalanów; **opakowanie zbiorcze 100 szt.; data przydatności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **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 12. PROWADNICE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Prowadnica typu Bougie; wielorazowa; średnica zewnętrzna 10 Ch, długość 600-800 mm;** elastyczna, wzmocniona na całej długości; koniec dystalny zagięty; powłoka z materiału o właściwościach poślizgowych; skalowana co 1 cm; **w sztywnym futerale.** | **sztuka** | **30** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Prowadnica typu Bougie; wielorazowa; średnica zewnętrzna 15 Ch, długość 600-800 mm;** elastyczna, wzmocniona na całej długości; koniec dystalny zagięty; powłoka z materiału o właściwościach poślizgowych; skalowana co 1 cm; **w sztywnym futerale.** | **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 13. PRZYRZĄDY DO INFUZJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Przyrząd do infuzji;** **jednorazowy, jałowy;** nie zawierający ftalanów; posiadający dwukanałowy ostry kolec komory kroplowej ze zmatowioną powierzchnią; odpowietrznik w aparacie z filtrem przeciwbakteryjnym oraz zamykaną klapką; komora kroplowa o wielkości minimum 6 cm, ze skrzydełkami dociskowymi; kroplomierz komory 20 kropli = 1 ml ± 0,1 ml; dren o długości minimum 150 cm, zakończony złączem luer-lock; zacisk rolkowy z pochewką na igłę biorczą i zaczep na dren do podwieszenia; **pakowane pojedynczo; opakowanie zbiorcze 25 szt.;** **data ważności w czasie dostawy ≥ 12 miesięcy.** | **opakowanie** | **400** | 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. STRZYKAWKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Strzykawka dwuczęściowa luer 2 ml;** **jednorazowa, jałowa;** pojemność rozszerzona do 2,2 ml; przezroczysty cylinder, 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.** | **opakowanie** | **80** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Strzykawka dwuczęściowa luer 5 ml;** **jednorazowa, jałowa;** pojemność rozszerzona do 5,5 ml; przezroczysty cylinder, wykonana z polipropylenu, z naniesioną widoczną skalą w formie podziałki (co 0,2 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.** | **opakowanie** | **85** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Strzykawka dwuczęściowa luer 10 ml;** **jednorazowa, jałowa;** pojemność rozszerzona do 11 ml; przezroczysty cylinder, wykonana z polipropylenu, z naniesioną widoczną skalą w formie podziałki (co 0,5 ml) i skalą numeryczną (co 2 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.** | **opakowanie** | **80** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Strzykawka dwuczęściowa luer 20 ml;** **jednorazowa, jałowa;** pojemność rozszerzona do 22 ml; przezroczysty cylinder, wykonana z polipropylenu, z naniesioną widoczną skalą w formie podziałki (co 1 ml) i skalą numeryczną (co 5 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 50 sztuk; **data ważności w czasie dostawy ≥ 18 miesiące.** | **opakowanie** |  **80** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 5. | **Strzykawka trzyczęściowa 50** **ml;** **jednorazowa, jałowa;** **przeznaczona do cewników;** przeźroczysty cylinder z tłokiem w kolorze białym albo niebieskim albo zielonym z czterostronnym podcięciem; posiadająca 2 łączniki luer; uszczelnienie z podwójnym pierścieniem na korku na szczycie tłoka; posiadający kryzą ograniczającą zabezpieczającą przed przypadkowym wysunięciem tłoka; stożek cewnikowy zabezpieczony zatyczką; z naniesioną skalą w formie podziałki (co 1 ml) oraz skalą numeryczną; pakowana pojedynczo; **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 15. TERMOMETRY DOUSZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Termometr douszny; wielorazowy, niejałowy;** o ergonomicznym kształcie; dający wynik pomiaru ≤ 3”; minimalny zakres pomiaru od 20 °C do 42 °C; czujnik dostosowany do jednorazowych osłonek pomiarowych minimalizujących ryzyko przeniesienia zakażenia; automatyczne wykrywanie osłonek; podgrzewana końcówka czujnika; posiadający akustyczny i wizualny system potwierdzający poprawne wykonanie pomiaru; auto wyłączenie po ~ 10 sekundach bezczynności; pamięć minimum ostatniego pomiaru; wyposażony w podświetlany wyświetlacz LCD; pomiar wykonywany w °C/°F; odporny na upadek z wysokości 1 m ± 10 cm; zasilany bateryjne lub akumulatorowo; waga maksymalna 200 g; deklaracja zgodności CE; **w zestawie ze stacją dokującą, bateriami i 20 osłonkami;** **przeznaczone dla niemowląt, pacjentów pediatrycznych i dorosłych;** **kompatybilny z posiadanymi przez Zamawiającego osłonkami do termometrów TermoScan 6000;** **gwarancja ≥ 36 miesięcy.** | **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 16. WORKI I POJEMNIKI NA ODPADY MEDYCZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Worki na odpady medyczne 35 L; jednorazowe, niejałowe;** LDPE;minimalna grubość ścianki 30 mikronów;odporne na wilgoć i wytrzymałe na uszkodzenia mechaniczne;kolor czerwony. | **sztuka** | **10 000** | Producent:…….…………..…….........Nr katalogowy:…….…………..……......... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Worki na odpady medyczne 120 L; jednorazowe, niejałowe;** LDPE;minimalna grubość ścianki 30 mikronów;odporne na wilgoć i wytrzymałe na uszkodzenia mechaniczne;kolor czerwony. | **sztuka** | **1200** | Producent:…….…………..…….........Nr katalogowy:…….…………..……......... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Pojemniki na ostre odpady medyczne 0,5 albo 0,7 L; jednorazowy, niejałowy;** o zbliżonym do walca kształcie; średnica podstawy nie przekraczająca Ø 11,4 cm; wykonany z twardego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne i upadek; szczelny; kolor czerwony albo żółty; otwór wrzutowy (z wypustkami umożliwiającymi bezdotykowe oddzielenie igły od strzykawki) o Ø 3 cm ± 0,5 cm; z wieczkiem (połączonym z pojemnikiem) umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego. | **sztuka** | **1800** | Producent:…….…………..…….........Nr katalogowy:…….…………..……......... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Pojemniki na ostre odpady medyczne 5 L; jednorazowy, niejałowy;** o zbliżonym do walca kształcie; wykonany z twardego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne i upadek; szczelny; kolor czerwony albo żółty; otwór wrzutowy (z wypustkami umożliwiającymi bezdotykowe oddzielenie igły od strzykawki) o Ø 5 cm ± 1 cm; z wieczkiem (połączonym z pojemnikiem) umożliwiające szczelne zamknięcie otworu wpustowego. | **sztuka** | **500** | 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 17. WORKI NA MOCZ Z ABSORBEREM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 do oddawania moczu; jednorazowy, niejałowy;** posiadający wewnątrz substancje absorbującą płyny (minimum 350 ml); szczelny; wyposażony w zamknięcie i dodatkowy jednorazowy lejek, umożliwiający korzystanie nie tylko pacjentom płci męskiej, ale i żeńskiej; **opakowanie 5 szt;** **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **opakowanie** | **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. WORKI NA WYMIOCINY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 na wymiociny; jednorazowy, niejałowy;** pojemność od 1500 do 2000 ml; wykonany z medycznej klasy PCV; z naniesioną skalę objętości w formie podziałki (oznaczenie minimum co 50 ml) oraz skalą numeryczną (minimum co 100 ml; wyposażony w kołnierz z tworzywa sztucznego albo tekturowy; posiadający zastawkę antyrefluksową; p**akowany pojedynczo.** | **sztuka** | **2000** | 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. WORKI NA ZWŁOKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 na zwłoki; jednorazowy;** wymiary: 220 cm ± 10 cm x 90 cm ± 10 cm; posiadający zapięcie na prosty zamek błyskawiczny; wykonany z folii polietylenowej o grubości minimum 0,13 mm; kolor biały albo czarny; wytrzymujący obciążenie minimum 120 kg; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **50** | 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. ZESTAW ZABEZPIECZAJĄCY AMPUTOWANE KOŃCZYNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 zabezpieczający amputowane kończyny – palec; jednorazowy;** w zestawie minimum: torba 20 cm x 20 cm, suchy, aktywowany kompres chłodzący, folia izotermiczna; etykieta w języku polskim; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **zestaw** | **20** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 2. | **Zestaw zabezpieczający amputowane kończyny – ręka; jednorazowy;** w zestawie minimum: torba 30 cm x 25 cm, suchy, aktywowany kompres chłodzący, folia izotermiczna; etykieta w języku polskim; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **zestaw** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 3. | **Zestaw zabezpieczający amputowane kończyny – ramię; jednorazowy;** w zestawie minimum: torba 70 cm x 25 cm, suchy, aktywowany kompres chłodzący, folia izotermiczna; etykieta w języku polskim; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **zestaw** | **12** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| 4. | **Zestaw zabezpieczający amputowane kończyny – noga; jednorazowy;** w zestawie minimum: torba 110 cm x 40 cm, suchy, aktywowany kompres chłodzący, folia izotermiczna; etykieta w języku polskim; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **zestaw** | **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 21. ZGŁĘBNIKI ŻOŁĄDKOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
|  | **Zgłębnik żołądkowy CH14 długość 100cn; jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, nie zawierający ftalanów; posiadający minimum 4 boczne otwory; kolorystyczne oznaczenie rozmiaru na łączniku, zaś na opakowaniu zgłębnika oznaczenie numeryczne; pakowany pojedynczo; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Zgłębnik żołądkowy CH****16; jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, nie zawierający ftalanów; posiadający minimum 4 boczne otwory; kolorystyczne oznaczenie rozmiaru na łączniku, zaś na opakowaniu zgłębnika oznaczenie numeryczne; pakowany pojedynczo; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **Zgłębnik żołądkowy CH18 jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, nie zawierający ftalanów; posiadający minimum 4 boczne otwory; kolorystyczne oznaczenie rozmiaru na łączniku, zaś na opakowaniu zgłębnika oznaczenie numeryczne; pakowany pojedynczo; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | **Zgłębnik żołądkowy CH20 jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, nie zawierający ftalanów; posiadający minimum 4 boczne otwory; kolorystyczne oznaczenie rozmiaru na łączniku, zaś na opakowaniu zgłębnika oznaczenie numeryczne; pakowany pojedynczo; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
|  | **Zgłębnik żołądkowy CH22 jednorazowy, jałowy;** wykonany z PCV, nie zawierający ftalanów; posiadający minimum 4 boczne otwory; kolorystyczne oznaczenie rozmiaru na łączniku, zaś na opakowaniu zgłębnika oznaczenie numeryczne; pakowany pojedynczo; **data ważności w czasie dostawy ≥ 24 miesiące.** | **sztuka** | **60** | Producent:…….…………..……...........Nr katalogowy:…….…………..……........... |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **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.