|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

# **Zadanie 6: Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym - zgodnie z opisem w pkt. III. SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena jedn. netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Urządzenie do zamykania uszka lewego przedsionka z zestawem wprowadzającym.**Ilość w komisie:10 szt.** | **100** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 6**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

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

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu

Nazwa Wykonawcy: ......................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................................

**Zadanie 10: Zestawy do zamykania nieprawidłowej komunikacji wewnątrzsercowej zbudowanej z siatki nitynolowej zawierającej implant (okluder), mechanizm wprowadzający, koszulkę przezprzegrodową - zgodnie z opisem w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | Asortyment | **Ilość szt.** | Cena netto | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1** | Implant do zamykania PFO**Ilość w komisie: 5 szt.**  | **25** |  |  |  |  |  |
| **2** | Implant do zamykania ASD **Ilość w komisie: 5 szt.**  | **25** |  |  |  |  |  |
| **3** | Implant do zamykania mnogich ASD **Ilość w komisie: 5 szt**.  | **15** |  |  |  |  |  |
| **4** | Implant do zamykania mięśniowego VSD **Ilość w komisie:5 szt.**  | **5** |  |  |  |  |  |
| **5** | Implant do zamykania błoniastego VSD w tym okludery symetryczne, asymetryczne, ekscentryczne. **Ilość w komisie: 2 szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
| **6** | Implant do zamykania PDA. **Ilość w komisie: 2 szt.**  | **2** |  |  |  |  |  |
| **7** | Balony do pomiaru wielkości ubytku - dostępne balony do pomiaru wielkości ubytku o rozmiarach minimum 18 i 28mm**Ilość w komisie: 10 szt**. rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 10**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

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

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/45/PN/19**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:........................................................................................................................................................................................

**Zadanie 11: Zestawy do przeskórnego zamykania nieprawidłowych komunikacji międzyprzedsionkowej wraz z systemem doprowadzającym – zgodnie z opisem umieszczonym w pkt. III SIWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment \*** | **Ilość****Szt.** | **Cena****jedn.****netto** | **Wartość****netto** | **Wartość brutto** | **VAT (%)** | **Producent, nazwa handlowa, nr katalogowy** |
| **1.** |  Okluder do zamykania nieprawidłowej komunikacji międzyprzedsionkowej typu ASD i PFO wraz z systemem doprowadzającym**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **50** |  |  |  |  |  |
| **2.** | Cewniki balonowe do pomiaru wielkości ubytku**Ilość szt. w komisie: 2 –** rozmiary po uzgodnieniu z Zamawiającym | **70** |  |  |  |  |  |

**\* Wszystkie pozycje asortymentowe muszą pochodzić od tego samego producenta.**

Wartość netto ogółem: ....................................................zł, słownie: ...................................................................................

**Cena zadania 11**, czyli wartość brutto ogółem: .................................. zł, słownie: .....................................................................

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

 data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy