|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 1: Dostawy czujników SpO2 do kardiomonitorów UTAS UM-300**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość****urządzeń**  | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty** */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa sortymentu** |
| 1. | Czujnik SpO2, kompletny, wielorazowy, klips/silikonowy na palec dla dorosłych, długość min. 2m, w pełni kompatybilny z wskazanym urządzeniem: UTAS UM-300. | 6 | Szt.  |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 1 |  | x |  | x | x |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 2: Dostawy asortymentu do ręcznego pomiaru ciśnienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, rozmiar w przedziale od 18 do 26 cm, zapinany na rzep | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, rozmiar w przedziale od 26 do 36 cm, zapinany na rzep  | 10 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 1-żyłowy, rozmiar w przedziale od 32 do 42 cm, zapinany na rzep | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w przedziale od 18 do 26 cm, zapinany na rzep | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w przedziale od 25 do 35 cm, zapinany na rzep | 10 |  |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Wielorazowy mankiet do ciśnieniomierzy mechanicznych/ręcznych, 2-żyłowy, rozmiar w przedziale od 32 do 42 cm, zapinany na rzep  | 25 |  |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7. | Manometr zegarowy/sprężynowy do ciśnieniomierza lekarskiego, skala wyrażona w „mmHg”, zakres od 0 do 300 jednostek | 35 |  |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Gruszka/pompka do ciśnieniomierzy ręcznych, wyposażona w 2 zawory | 40 |  |  |  |  |  | 2023 |  |
| **Cena oferty ogółem za zadanie nr 2** |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 3: Dostawy podzespołów i części do serwisowania pomp infuzyjnych: strzykawkowych i objętościowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Zasilacz do pompy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 22 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Akumulator do pomp Braun lub w pełni z nim kompatybilny | 120 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Uchwyt strzykawki pompy Perfusor Space Braun lub w pełni z nim kompatybilny | 6 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Panel sterowania pompy Infusomat Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Zestaw zawiasów do pompy infuzyjnych Perfusor Space Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 14 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Adapter czujnika kropli pompy Infusomat Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 25 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 4: Dostawy podzespołów i części serwisowania aparatów do hemodializy Dialog+**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Moduł detektora powietrza SAD aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 2. | Korpus pompy ceramicznej aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 3. | Moduł BLD V4 aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 4. | Zestaw akumulatorów 12V/7Ah aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braunlub w pełni z nim kompatybilny | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 5. | Przetwornik ciśnienia aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilny | 7 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 6. | Pompa zębata ze sprzęgłem FPE (V1) aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilna | 3 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 7. | Uchwyt kapsuły górny z pokrywą aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun lub w pełni z nim kompatybilny | 1 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| 8. | Uszczelka 9,19 x 2,62 aparatu do hemodializy Dialog+ firmy Braun, lub w pełni z nim kompatybilna, | 20 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 4 |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 5: Dostawy ładowarek przyłóżkowa do telemetrii Infinity M300 firmy** **Dräger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Rok produkcji*****Nie starszy niż*** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Ładowarka przyłóżkowa do telemetrii Dräger Infinity M300 lub w pełni z nią kompatybilna | 5 | Szt. |  |  |  |  | 2023 |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 5 |  | x |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 6: Dostawy czujników tlenowych i przepływu do sprzętu firmy Dräger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem AirShields Isolette C2000 lub w pełni z nim kompatybilny | 32 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem Babylog 8000 plus, lub w pełni z nim kompatybilny | 10 | Szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem Evita XL, lub w pełni z nim kompatybilny | 32 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 6 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 7: Dostawy czujników tlenowych i przepływu do sprzętu firmy Dräger**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **1** | Czujnik przepływu do użytku z respiratorem Babylog 8000 plus (5 szt./ op.) lub w pełni z nim kompatybilny | 2 | opak. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 7 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 8: Dostawy czujników tlenowych i przepływu do sprzętu firmy GE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem GE Medical Systems Datex-Ohmeda Giraffe, lub w pełni z nim kompatybilny | 8 | Szt.  |  |  |  |  |  |
| 2. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem GE Medical Datex Ohmeda Avance S/5, lub w pełni z nim kompatybilny | 18 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 8 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 9: Dostawy czujników tlenowych i przepływu do sprzętu firmy GE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik przepływu do użytku z aparatem GE Medical Datex Ohmeda Avance S/5, lub w pełni z nim kompatybilny | 36 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 9 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 10: Dostawy czujników tlenowych do sprzętu firmy Hamillton**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot dostawy** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa asortymentu** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z respiratorem typu C1/ T1, lub w pełni z nim kompatybilny | 10 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 10 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/23**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 11:** **Dostawy czujników tlenu do użytku z aparatem Care Fusion Infant Flow**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Czujnik tlenu do użytku z aparatem Care Fusion Infant Flow w pełni z nim kompatybilny | 6 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 11 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 12:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitorów GE/Datex Dash 4000, FM5Typ.: Li-ion , 11,1V, model SM- 201 | 30 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 12 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 13:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitorów GE 125 Typ:FLEX-3S3P, 12,6V, 6Ah, symbol GE 2062895-001Czujnik tlenu do użytku z aparatem Care Fusion Infant Flow w pełni z nim kompatybilny | 20 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 13 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 14:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitorów Emtel FX3000 , typ:Emtel 06140763-06140768 | 6 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 14 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 15:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitora Philips modułu MX40 telemetria 1900mAh 7.03Wh Li-Ion 3.7V | 8 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 15 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 16:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitora Philips Efficia CM 12/120/150 | 8 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 16 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 17:** **Dostawy akumulatorów do kardiomonitorów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do kardiomonitora BeneVision N12 Mindray/ BeneView T5, MB583-3S3P | 12 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 17 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 18:** **Dostawy akumulatorów do EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Aparat EKG GE MAC-800 | 10 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 18 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 19:** **Dostawy akumulatorów do EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do aparatu EKG Aspel Ascard Mr Grey | 8 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 19 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 20:** **Dostawy akumulatorów do EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do aparatu EKG Aspel Ascard Mr Gold | 6 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 20 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 21:** **Dostawy akumulatorów do urządzenia do kompresji klatki piersiowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do urządzenia do kompresji klatki piersiowej Lucas 3 | 1 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 21 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 22:** **Dostawy akumulatorów do urządzenia do kompresji klatki piersiowej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do urządzenia do kompresji klatki piersiowej Lucas 2 | 5 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 22 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 23:** **Dostawy akumulatorów do pompy infuzyjnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do pompy infuzyjnej Ascor AP12, SEP11S, AP22, SEP21S, AP31 | 40 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 23 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 24:** **Dostawy akumulatorów do pompy do żywienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do pompy do żywienia Fresenius Amika NiMH 4,8V, 1850mAh, AA | 7 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 24 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 25:** **Dostawy akumulatorów do unitu ATMOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do unitu ATMOS S61 Servant | 7 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 25 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 26:** **Dostawy akumulatorów do echokardiografu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do echokardiografu GE Vivid S70, Battery 14.4V 6.1Ah for VIVID S70 | 1 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 26 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 27:** **Dostawy akumulatorów do MRI Patient Monitor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do MRI Patient Monitor SpO2 | 1 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 27 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 28:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora Lifepak 20e | 20 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 28 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 29:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora Lifepak 15 | 14 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 29 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 30:** **Dostawy akumulatorów do nadajnika SpO2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do nadajnika SpO2 Invivo MRI, Typ 9065/M6480 700mAh, 3,7V | 7 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 30 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 31:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora Philips Efficia DFM100 | 1 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 31 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 32:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora DefiMax biphasic EMTEL | 2 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 32 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 33:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora Primedic DefiMonitor XD100 Akupak lite 13,2V/2,3Ah LiFePO4 | 2 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 33 |  | x |  |  |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY** |

**Znak sprawy: Z/44/PN/24**

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

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 34:** **Dostawy akumulatorów do defibrylatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto**  | **Wartość netto oferty**  */ilość x cena jednostkowa netto/* | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/wartość netto +VAT %/* | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** |
| 1. | Akumulator do defibrylatora Cardio Aid MC+ | 2 | Szt. |  |  |  |  |  |
| Cena oferty ogółem za zadanie nr 34 |  | x |  |  |