**Załącznik nr 5 do SWZ
Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia/Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zad.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **J. m** | **Ilość** | **Cena jedn. netto \*** | **Wartość netto \*** | **VAT** | **Wartość brutto\*** | **Wymagany termin realizacji**  | **UWAGI** |
| **%** | **Wartość podatku VAT** |
| **1** | Przegląd roczny układów i podzespołów kontenera Laboratorium Analitycznego KLAM | szt. | 1 |   |   |   |   |   | 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy | SOPZ Załącznik nr 6 do SWZ |
| **2** | Przegląd roczny układów i podzespołów kontenera Laboratorium Mikrobiologiczne 1 | szt. | 1 |   |   |   |   |   | Do dnia 29.11.2022 r. | SOPZ Załącznik nr 6 do SWZ |
| **3** | Przegląd roczny układów i podzespołów kontenera Laboratorium Mikrobiologiczne 2 | szt. | 1 |   |   |   |   |   | 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy | SOPZ Załącznik nr 6 do SWZ |
| **4** | Przegląd roczny układów Sali Opatrunkowej | szt. | 1 |   |   |   |   |   | 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy | SOPZ Załącznik nr 6 do SWZ |
| **5** | Przegląd roczny układów kontenerów Moduł Łóżkowy Szpitala Polowego | szt. | 1 |   |   |   |   |   | Do dnia 29.11.2022 r. | SOPZ Załącznik nr 6 do SWZ |

\*) Wartość w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku.