|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3.** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY****UWAGA! CENY – ZAOKRĄGLONE DO DWÓCH MIEJSC PO PRZECINKU****Cena musi obejmować :- wartość całego przedmiotu zamówienia - podatek VAT - koszty noclegów, dojazdów do Zamawiającego i powrotów** |

**PAKIET 3 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ I NAPRAWY URZĄDZENIA TOMOGRAF KOMPUTEROWY OPTIMA CT 540 ZE STACJĄ OPISOWĄ, WSTRZYKIWACZ KONTRASTU MADRAD BAYER STELLZUT W CRU, CIEPLARKA DO ŚRODKÓW KONTRASTOWYCH CBM**

TABELA NR 1 – PRZEGLĄD Z KONSERWACJĄ ORAZ NAPRAWY (pełen serwis)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Model (typ) /nr fabryczny | Rok produkcji | Producent | Miejscewykorzystywania | Ilość przeglądów w okresie trwania umowy i przybliżone terminy wykonania | Miesięczna rata netto(PLN) | Stawka VAT(%) | Miesięczna rata brutto(PLN) | Ilość miesięcy | Wartość netto pełnego serwisu w okresie trwania umowy (PLN) | Wartość brutto pełnego serwisu w okresie trwania umowy(PLN) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12= 8 x 11* | *13= 12 + 9* |
| 1 | Tomograf komputerowy ze stacją opisową | Optima CT 540 | 2018 | GE Medical System | Pracownia TKCentrum Opieki Geriatrycznej | 8(~03.2022następne co kwartał) |  |  |  | 24 |  |  |
| 2 | Wstrzykiwacz kontrastu | Stellzut WCRU | 2019 | Madrad Bayer | 2(09.2022, 09.2023) |
| 3 | Cieplarka do środków kontrastowych | 2431/V 20l | 2019 | CBM | 2(09.2022, 09.2023) |
| SUMA |  | X |  | X |  |  |

**Pełen serwis obejmuje:**

- czas naprawy od zgłoszenia – maksymalnie w ciągu do 96h,

- przegląd techniczny z konserwacją z częstotliwością określoną przez producenta,

- nielimitowane wizyty serwisowe na miejscu

- naprawy, diagnostyka, przejazdy, noclegi, itp.

TABELA NR 2 – MATERIAŁY

|  |  |
| --- | --- |
| Szacunkowa wartość brutto zakupu materiałów na czas trwania umowy | 40.000,00 zł |

|  |
| --- |
| **Wartość Pakietu nr 3 ogółem obliczona poprzez dodanie sumy wartości brutto pełnego serwisu Tabela nr 1 (kol. 13) i kwoty podanej w Tabeli nr 2** |
| **brutto:** | słownie: ……................................................................................................................................................................................................................................. |

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*