

**PCZ/II-ZP/03/2019 ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****Miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pakiet 1 A – Kardiomonitor inwazyjny** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **Pakiet 1 B – Kardiomonitor nieinwazyjny z funkcją defibrylacji i stymulacji przezskórnej** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **Pakiet 1 C – Kardiomonitor nieinwazyjny** | **Szt.** | **4** |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****Miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****Netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 2 – Respirator** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****Miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 3 - Aparat USG**  | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****Miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 4 – Pompa infuzyjna** | **Szt.** | **10** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 5 – Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 6 - Pulsoksymetr**  | **Szt.** | **3** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 7 – Elektryczne urządzenie do ssania** | **Szt.** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****Netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 8 – Zestaw do trudnej intubacji** | **zestaw** | **1** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****Netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 9 – Zestaw do intubacji i wentylacji**  | **zestaw** | **2** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.****miary** | **Ilość** | **Cena jedn.****Netto** | **Wartość netto (zł)**(poz. 4x5) | **Stawka podatku VAT****(%)** | **Wartość podatku VAT (zł)**(poz. 6x7) | **Wartość brutto (zł)**(poz. 6+8) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Pakiet 10 – Aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta** | **Szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\* Wykonawca wypełnia w zakresie oferowanego aparatu/ów.**

-------------------------------- dnia ------ -------- 2019 r.

 ……………………………………………………………………………

(podpis i pieczątka Wykonawcy)