**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**Część 1. Asortyment bezpieczny do zabiegów iniekcji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Sterylna poliuretanowa kaniula bezpieczna ze skrzydełkami do krótkotrwałego podawania płynów i leków, z automatycznie zamykającym się zatrzaskiem zabezpieczającym pasywnie ostrze igły po wyjęciu z kaniuli pozwalającym na płynne i swobodne usunięcie zabezpieczonej igły z cewnika, z dodatkowym portem bocznym do iniekcji zabezpieczonym samodomykającym się koreczkiem. Posiadające minimum 3 paski kontrastujące w promieniach RTG. Posiadające zatyczkę z filtrem hydrofobowym lub zastawkę antyzwrotną zabezpieczające przed wypływem krwi w momencie wkłucia; Wyrób nie może zawierać w składzie ftalanów i lateksu. Komin kaniuli wykonany z materiału uniemożliwiającego samoczynne wysunięcie np. podczas wyciągania koreczka, koreczek typu luer lock z trzpieniem powyżej jego krawędzi. Na opakowaniu każdej kaniuli widoczna data ważności, rozmiar, producent oraz przepływ. Sterylna pakowana pojedynczo w opakowanie typu TYVEC, kodowana kolorystycznie.  Dostępne w następujących rozmiarach:  22G (niebieski) 0,9x25 mm, przepływ 35 - 42 ml/min., 20G (różowy) 1,1x32 mm, przepływ 56 - 67 ml/min., 18G (zielony) 1,3x45 mm, przepływ 90-103 ml/min.,  17G (biały) 1,5x55 mm, przepływ 125 - 145 ml/min., 16G (szary) 1,7x45-50 mm, przepływ 180 - 236 ml/min., 14G (pomarańczowy) 2,0-2,1x45-50 mm, przepływ 270 - 343 ml/min.  Nazwa producenta lub nazwa własna kaniuli umieszczona bezpośrednio na kaniuli.  Sterylizowana tlenkiem etylenu (EO)  Szkolenie personelu Zamawiającego z zakresu zapobiegania zakłuciom i postępowania z ostrymi narzędziami, potwierdzone certyfikatem.  Minimalny termin ważności od daty dostarczenia:24 miesiące. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 14 000 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Igła do pobierania leków z filtrem, rozmiar 1,2x 3,8 lub 4,0. Specjalna stępiona końcówka ścięta pod kątem 45 st., minimalizująca ryzyko ukłucia/zranienia.  Sterylizowana tlenkiem etylenu (EO).  Opakowanie zbiorcze a`100 szt.  Minimalny termin ważności od daty dostarczenia:24 miesiące. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | op. | 250 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 2. Atomizery i strzykawki z nasadkami do podawania leków**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Gotowy atomizer do podawania leków w formie aerozolu do błon śluzowych nosa. Zestaw składa się z strzykawki 3 ml LL z poliuretanowym atomizerem, uwalniana mgiełka o wielkości od 30-100 mikronów. Pakowany w folię. Zestaw jednorazowego użytku, mikrobiologicznie czysty produkt.  Ważność produktu minimum 12 miesięcy od daty dostawy | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | zest. | 3 000 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Nasadka – poliuretanowy atomizer do błon śluzowych nosa kompatybilny do strzykawki LL 3 ml. Ważność produktu minimum 12 miesięcy od daty dostawy | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 300 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Strzykawka kompatybilna do nasadki – atomizera z pozycji 2. Typ LL, pojemność 3 ml, skalowanie co 0,5 ml. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 300 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 3. Gotowe zestawy do reimplantacji**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Przenośny zestaw reimplantacyjny zawierający komplet akcesoriów do transportu amputowanych kończyn. Składa się z czterech oddzielnych jałowych, jednorazowego użytku pakietów przeznaczonych na palec, dłoń, ramię i nogę. Możliwość uzupełnienia zestawu o wykorzystany pakiet. W każdym zestawie znajdują się worki na kończynę, pakiety z suchym lodem, folie izotermiczne, materiały opatrunkowe, stazy, opaski oraz kleszczyki. Termin ważności minimum do końca roku 2026. Zestaw w torbie transportowej. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 6 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 4. Jednorazowe pasy do stabilizacji miednicy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Jednorazowy pas do stabilizacji miednicy z miękkiego neopranowego materiału, umożliwiający dostęp do pachwiny, żyły udowej i tętnicy, regulowany rozmiar, wyposażony w paski ściągające, bezszwowa konstrukcja pasa zapewniająca zmniejszone ryzyko pojawienia się odleżyn lub uszkodzenia tkanek.  Okres ważności minimum 12 miesiący od daty dostawy. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 100 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 5. Kanistry, pokrowce do ssaków Boscarol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Pokrowiec do ssaka Boscarol 2012/1000 wykonany z materiału typu PLAN (możliwość dezynfekcji, mycia), posiadający zewnętrzną kieszonkę zapinaną na rzep z odblaskowym pasem oraz pasek naramienny z możliwością regulacji długości w zakresie 90-120 cm, szerokość paska minimum 4 cm. Model pokrowca każdorazowo wskazywany przez Zamawiającego. Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 5 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Kanister do wielokrotnego użytku, kompatybilny do ssaków OB1000, OB2012; OB - J -Liner (kanister pasujący do kołnierza plastikowego jak i materiałowego wymienionych ssaków), wykonany z przezroczystego, nietłukącego się tworzywa; ocechowany skalą pomiarową co 50 lub 100 ml, do pełnej pojemności wkładu - 500 lub 1000 ml; odporny na środki dezynfekujące, oraz parę; kompatybilny z wkładami jednorazowego użytku; bez dodatkowych przyłączy (otworów) typu próżnia/ssanie; posiadający informację o metodzie sterylizacji; pojemność: 1000 ml kształt walcowaty pasujący do obręczy trzymającej kanister (obręcz średnica wew. 9,5 cm), lub dostarczenie z odpowiednim uchwytem - do wyboru przez zamawiającego przy każdorazowym zamówieniu. | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 20 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 6. Kaski ochronne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kask ochronny spełniający wymagania minimum normy PN-EN 397 (lub normy równoważnej), wykonany z tworzywa P.P. Polipropylenu lub ABS, z wbudowanym systemem wentylacji, kolor czerwony. Kask wyłożony wyściółką. Z szerokim zakresem regulacji więźby w zakresie 51-62 cm, w zestawie pokrowiec ochronny, okres gwarancji co najmniej 24 miesiące.  **Parametr punktowany:** nadrukowane logo Zamawiającego, średnica 4cm: TAK– 1 pkt; NIE – 0 pkt.: **………………..** (wpisać)  **Parametr punktowany:** potwierdzenie spełniania normyPN-EN 12492 (lub normy równoważnej): TAK– 1 pkt; NIE – 0 pkt.: **………………..** (wpisać) | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 24 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-7 dni roboczych – 1 pkt; 8-14 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać). Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 7. Latarki diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Latarka czołowa o strumieniu świetlnym co najmniej. 300 lm, o zasięgu światła co najmniej 50 m. Wyposażona w przesłonę, z regulacją rozproszenia światła (jasności), sensorem i światłem ostrzegawczym, z wieloma trybami świecenia. Włączana manualnie lub poprzez sensor ruchu ułatwiający włączanie lampy w trudnych warunkach. Regulacja kąta świecenia w pionie, bryzgoszczelna.  **Parametr punktowany:** blokada włącznika: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……………………….. (wpisać). | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 12 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Latarka diagnostyczna, medyczna, generująca światło naturalne, zasilana dwoma bateriami typu AAA, obudowa z aluminium, wyposażona w klips do zaczepiania.  **Parametr punktowany:** zabezpieczenie przed przypadkowym włączeniem: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …………….. (wpisać). | Producent:  ……………………..  Numer katalogowy:  …………………….. | szt. | 30 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 8. Materace próżniowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Materac próżniowy dla dorosłych; poszycie wykonane z tworzywa sztucznego, przystosowane do dezynfekcji. min. 3 szt. pasów zabezpieczających z min.8 uchwytami do przenoszenia, rozmieszczonych na obwodzie. Materac przenikliwy dla promieni X umożliwiający diagnostykę RTG; wymiary minimalne: 2 m x 0,8 m; waga max 10 kg. Wyposażony w pompkę dwukierunkową oraz torbę transportową na kompletny materac z pompką. Nośność materaca próżniowego min. 150 kg.  Parametr punktowany: logo zamawiającego nadrukowane na torbie transportowej: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:  ……….……..……  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 9. Rękojeści laryngoskopu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | | | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 8 | 9 | | 10 | | |
| 1. | Rękojeść laryngoskopowa z oświetleniem światłowodowym halogenowym, z lampą halogenową 2,5V. Średnica rękojeści ø 28-30 mm na 2 baterie typu C (LR14). Ze stali szlachetnej. Autoklawowalna do 134 °C. Kompatybilna ze wszystkimi standardowymi laryngoskopami z oświetleniem światłowodowym zgodnie z normą PN-EN ISO 7376:2099 (lub normą równoważną). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 15 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 2. | Rękojeść laryngoskopowa z oświetleniem światłowodowym halogenowym, z lampą halogenową 2,5V. Średnica rękojeści ø 18-19 mm na 2 baterie typu AA (LR6). Ze stali szlachetnej. Autoklawowalna do 134 °C. Kompatybilna ze wszystkimi standardowymi laryngoskopami z oświetleniem światłowodowym zgodnie z normą PN-EN ISO 7376:2099 (lub normą równoważną). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 5 |  |  | | |  |  | |  | | |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | | **XX** | |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 10. Ssaki mechaniczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Ssak mechaniczny ręczno – nożny z zestawem drenów do odsysania oraz pojemnikiem na treść o poniższych parametrach technicznych: do odsysania krwi, wydzielin i pokarmu z jamy ustnej, nosowo-gardłowej, dla pacjentów tracheotomowanych i po zabiegach operacyjnych; przeznaczony do pracy w warunkach pozaszpitalnych/transportu; powierzchnia ssaka łatwa do czyszczenia. Maksymalne podciśnienie – 82 kPa; pełna wydajność ssania – powyżej 28 l/min., przy 2 uciśnięciach na sekundę (max. 72 L/min.); zbiornik na wydzielinę wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji w autoklawie –poj. 650 ml; wbudowany filtr bakteryjny wraz z zabezpieczeniem przed przepełnieniem; ciągły przepływ zasysania przy 40 uciskach na minutę; długość cewnika 1,5 m + 2 końcówki ssące o średnicy wew. 5 i 7 mm; waga 850 g. Tabliczka znamionowa na ssaku. Okres gwarancji minimum 12 miesięcy. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 8 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Ssak ręczny, przenośny, do doraźnego odsysania wydzielin, z możliwością odsysania z rurki intubacyjnej. Wyposażony w wielorazową rączkę z dźwignią, jednorazowy pojemnik na odsysaną treść o pojemności w zakresie 200 – 300 ml, rura ssąca z możliwością podłączenia poprzez łącznik cewnik j.u. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Pakiet wymiennych akcesoriów: jednorazowy pojemnik z ewentualną przykrywką na odsysaną treść o pojemności w zakresie 200 – 300 ml, rura ssąca z możliwością podłączenia poprzez łącznik cewnik j.u. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | kpl. | 5 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 11. Stetoskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Stetoskop lekarski wyposażony w membranę do osłuchiwania wysokich i niskich dźwięków, w grupie wiekowej: dzieci i dorosłych z wysoką jakością akustyki, czułością, trwałością i komfortem użytkowania, z jednokanałowym przewodem, miękkimi samouszczelniającymi się oliwkami.  Parametr punktowany: zapasowa membrana i oliwki: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać).  Parametr punktowany: dwustronna membranowa głowica z możliwością obrotu głowicy o 180 stopni : TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 40 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 2 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 12. Zestawy do infuzji pod ciśnieniem**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Zestaw wyposażony w mankiet z manometrem (zakres ciśnienia od 0 do 300 mmHg) z wyraźną strefą graniczną zaznaczoną kolorem oraz gruszką z pokrętłem zaworu powietrza; wykonany z trwałego, łatwo zmywalnego materiału; o budowie zapewniającej widoczność toczonego płynu; z możliwością zawieszenia zestawu; z możliwością zastosowania płynu 500ml ; gwarancja min. 2 lata. | Producent:  ……….……..………….  Numer katalogowy:  …….…………..………. | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 13. Zestawy do segregacji medycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta,**  **nr katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | Ilość | Cena netto jednostki | **Wartość netto**  (obliczyć 5x6) | **Stawka VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć 7x8) | **Wartość brutto**  (obliczyć: 7+9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Kompletny zestaw TRIAGE do segregacji medycznej osób poszkodowanych zawierający komplet 50 opasek odblaskowych kodowanych kolorami, 20 kart segregacyjnych, 3 sztuki kamizelek odblaskowych (Koordynator Medyczny, Ratownik Medyczny, Transport), niezmywalny pisak, nożyczki ratownicze, latarka czołowo-ręczna.  Zestaw wyposażony w torbę transportową z kieszeniami i przegrodami odporny na zabrudzenia. | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | zest. | 6 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalne opaski odblaskowe do segregacji osób poszkodowanych komplet (czarna,  zielona, czerwona, żółta) | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | kpl. | 4 |  |  |  |  |  |
| 3. | Kamizelka w kolorze zielonym, z nadrukiem czarnym na tyle kamizelki i prawej przedniej klapie napis „Koordynator Medyczny”, rozmiar L, lub uniwersalny.  **Parametr punktowany:** fluorescencyjność TAK – 1 pkt; fluorescencyjność NIE – 0 pkt.: ………….. (wpisać) | Producent:  ……….……..  Numer katalogowy:  …….…………. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)

**Część 14. Zestawy do szybkiej konikopunkcji dla dorosłych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta i numer katalogowy\*** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość**  **Netto**  (obliczyć: 5 x 6) | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT**  (obliczyć: 7 x 8) | **Wartość**  **brutto**  (obliczyć: 7 + 9) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Zestaw do szybkiej konikopunkcji dla dorosłych, jednorazowego użytku. Zestaw do metody jednostopniowej, niepirogenny nietoksyczny. W zestawie system mocowania kaniuli, kaniula w rozmiarze 4-6 mm, stoper kontroli głębokości wkłucia, zestaw do kontroli aspiracji gazów. Zestaw pakowany w tubie lub na tacce.  Okres ważności minimum 24 miesiące od daty dostawy.  **Parametry techniczne:** zestaw pakowany w tubie: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt: ………………..….(wpisać). | Producent:  ……….……..……  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 60 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

\* Brak podania przez Wykonawcę nazw producentów i numerów katalogowych dla każdej pozycji spowoduje odrzucenie oferty. Jeśli producent nie nadaje numeru katalogowego/nazwy handlowej należy wpisać tę informację w formularzu w kol. 3, np.: „brak nr katalogowego”.

Dostawa w terminie: 1-4 dni roboczych – 1 pkt; 5-7 dni roboczych – 0 pkt.

Przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

**Punkty za parametry techniczne: …………. pkt.** (wpisać) Maksimum do uzyskania w tym zadaniu: 1 pkt.

**Termin dostawy: ………….. dni** (wpisać)