**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**Formularz cenowy**

**CZĘŚĆ 1. Aparaty do płukania oka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Aparat do płukania oka z płynem 200 ml 0,9% NaCl, sterylnie zamknięta butelka (płuczka) przeznaczona do wypłukania ciała obcego z oka. Łatwe i bezpieczne przepłukiwanie oczu płynem bezpośrednio do oka. Z nakrętką, jednocześnie wylewką płuczki. Kształt pokrywający się z naturalną krzywizną oka, a dwa niewielkie otworki powodujące wypływanie zużytego płynu. Czytelny sposób użycia. Okres trwałości minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 180 |  |  | | |  |  |  | |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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. Elektrody i żel do EKG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Elektrody EKG jednorazowego użytku dla dorosłych, na bazie gąbki polietylenowej ze złączem zatrzaskowym, owalne lub okrągłe (zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie), o średnicy 5,0 cm +/-0,5 cm. „Nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średniotrwałego lub długoterminowego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi, szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie posiadające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką.  Termin ważności: minimum 12 miesięcy.  **Parametr punktowany:** elektrody w opakowaniu po 2 szt. na pojedynczym listku: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | op. | 15 000 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 2. | Elektrody EKG jednorazowego użytku pediatryczne, na bazie gąbki PE ze złączem zatrzaskowym, elektrody owalne lub okrągłe lub w kształcie kwiatka (Zamawiający nie dopuszcza elektrod o prostokątnym kształcie) o średnicy 3,5 cm +/- 0,5 mm, „ nosek” umożliwiający odklejenie elektrody od przezroczystej osłonki min. 5 mm, elektrody do średnio-trwałego monitorowania z żelem ciekłym; elastyczne, wodoodporne, hipoalergiczne, posiadające dobrze klejące się brzegi; szczelne zbiorcze opakowanie po 50 szt. z widoczną datą ważności i rozmiarem elektrod. Zbiorcze opakowanie mające możliwość łatwego otwarcia bez konieczności użycia nożyczek. Elektrody 2 szt. na pojedynczym listku lub każda elektroda pojedynczo z indywidualną osłonką. Termin ważności: minimum 12 miesięcy.  **Parametr punktowany:** Elektrody w opakowaniu po 2 szt. na pojedynczym listku: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.:…………..….(wpisać). | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | op. | 400 |  |  | | |  |  | |  | | |
| 3. | Żel przewodzący do EKG, zachowujący  wymaganą lepkość; nie wysychający w czasie badań; o neutralnym dla skóry PH; opakowanie ok. 250 g. Termin ważności minimum 1 rok. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 20 |  |  | | |  |  | |  | | |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | | **XX** | |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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 3. Igły do odbarczania odmy i doszpikowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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 zestaw do odbarczania odmy. Rozmiar 14G, długość 83 mm (+/- 2 mm), średnica zewnętrzna kaniuli 2.1 [2.1 x 83 mm (+/- 2 mm)]. Wykonana z polimeru FEP. Kaniula z ostrzem formowanym termicznie. Przezroczysta komora wypływu zwrotnego. Igła z potrójnym ostrzem.  Termin ważności od daty dostawy: minimum 36 miesięcy. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 200 |  |  | | |  |  |  |
| 2. | Igła doszpikowa dla dorosłych i dzieci powyżej 12 roku życian automatyczne wkłucie doszpikowe; jednorazowego użytku; jałowe; niepirogenne; nietoksyczne; w opakowaniu (gotowe do natychmiastowego użycia); z możliwością szybkiej infuzji płynów i leków oraz przetaczania krwi; wkłucie doszpikowe posiadające(zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych) etykiety w języku polskim w formie ulotki w opakowaniu zbiorczym. Wykonawca odpowiedzialny jest za wystąpienie incydentu medycznego na zasadach określonych w ustawie dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.  Termin ważności od daty dostawy: minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 480 |  |  | | |  |  |  |
| 3. | Igła doszpikowa dla dzieci do 12 roku życia, automatyczne wkłucie doszpikowe; jednorazowego użytku; jałowe; niepirogenne; nietoksyczne. W opakowaniu (gotowe do natychmiastowego użycia); z możliwością szybkiej infuzji płynów i leków oraz przetaczania krwi; wkłucie doszpikowe posiadające, zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych, etykiety w języku polskim w formie ulotki w opakowaniu zbiorczym. Wykonawca odpowiedzialny jest za wystąpienie incydentu medycznego na zasadach określonych w ustawie dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.  Termin ważności od daty dostawy: minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 100 |  |  | | |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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. Narzędzia medyczne i taśma Broselowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Nożyczki chirurgiczne proste, o długości ok. 16,5 cm; 2 końce ostre; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 20 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Nożyczki ratownicze do cięcia ubrań i pasów; z twardej stali nierdzewnej; plastikowy uchwyt; zaokrąglone końcówki; ząbkowane ostrza; wielkość nożyczek: 18 cm (dopuszczalne o wielkości 19 cm). | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 50 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Pinceta anatomiczna, dł. ok. 14 cm oraz ok. 16 cm; wykonane ze stali nierdzewnej (numer katalogowy dla każdego rozmiaru) | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Kleszczyki naczyniowe Pean dł. ok. 13 cm, proste; wykonane ze stali nierdzewnej. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 5. | Kleszcze Magilla dla dorosłych o dł. 19-25 cm. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 6. | Kleszcze Magilla dla dzieci o dł. 15-16 cm. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 10 |  | |  |  |  |  |
| 7. | Pean zakrzywiony; wielkość od 13 cm, dł. 16 cm. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 5 |  | |  |  |  |  |
| 8. | Taśma pediatryczna wielorazowego użytku, wykonana z miękkiego tworzywa, odporna na wilgoć i środki dezynfekcyjne, zawierająca dawki leków, skalę Glasgow, wartości ciśnienia tętniczego, częstość oddechów, szybkość tętna, dla dzieci z podziałem na grupy wiekowe, zgodnie z wykazem Ministra Zdrowia dla Ratowników Medycznych i Pielęgniarek Systemu | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | zest. | 14 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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. Opatrunki donosowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Opatrunek donosowy rozprężalny z PVA, standard, z nitką. Pakowany sterylnie. Wymiary po rozprężeniu (długość x szerokość x grubość): 5,5 cm x 2,0 cm x 1,0 cm/ 5,5 cm x 2,0 cm x 1,5 cm lub 8,0 cm x 2,0 cm x 1,0 cm / 8,0 cm x 2,0 cm x 1,5 cm do wyboru przez Zamawiającego.  Termin ważności od momentu dostawy minimum dwa lata. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 2 400 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

**Należy podać numer katalogowy dla każdego rozmiaru.**

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 6. Opatrunki hemostatyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Opatrunek hemostatyczny w postaci gazy/bandaża, zawierający środek hemostatyczny, nie przywierający do rany. Wymiar co najmniej 7,5 x 1,50 m.  Termin ważności od momentu dostawy minimum 2 lata. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 440 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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 7. Opatrunki wentylowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Opatrunek wentylowy przeznaczony do opatrywania penetracyjnej rany klatki piersiowej.  Samoprzylepny, umożliwiający jednokierunkowy przepływ powietrza z jamy klatki piersiowej podczas wydechu, szczelnie przylegający do skóry, opatrunek okrągły o średnicy około 16,5 cm z uchwytem ułatwiającym oddzielenie opatrunku samoprzylepnego od folii osłaniającej. Jałowy, w opakowaniu chroniącym przed zamoczeniem. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 200 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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 8. Paski do glukometrów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Paski testowe D+, kompatybilne z glukometrem producenta VivaChek Laboratories Inc. Pakowane po 50 sztuk. Wraz z paskami dostawca zobowiązany jest dostarczyć 100 glukometrów oraz w miarę potrzeby ich wymiany na nowe w trakcie trwania umowy. Glukometry muszą spełniać wymagania techniczne: zakres pomiaru 10:600 mg/d glukozy we krwi, czas pomiaru - 5 s, korekta hematokrytu w zakresie - 20:70 %, ekran typu LED + podświetlana szczelina paska, spełniający normę EN ISO 15197:2015 (lub równoważną).  **Parametr punktowany:** możliwość dołożenia kropli krwi na pasek w ciągu 1 minuty od rozpoczęcia badania poziomu glukozy TAK – 1 pkt.; NIE – 0 pkt.: ………………….. (wpisać)  **UWAGA:** Zamawiający zwraca uwagę, że przedmiotem zamówienia jest dostawa pasków do glukometrów, a nie dostawa glukometrów wraz z paskami. Zespoły Ratownictwa Medycznego mają na wyposażeniu glukometry producenta VivaChek Laboratories Inc. Glukometry D+. Aparaty te są w dobrym stanie technicznym, personel medyczny (kilkaset osób) jest odpowiednio przeszkolony i nie ma żadnego uzasadnienia, aby ww. sprzęt wymieniać. Zamawiający dopuszcza do przetargu paski kompatybilne z ww. glukometrami. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | op. | 4 000 |  |  | | |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | |  | **XX** | | **XX** |  | |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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. Szpatułki laryngologiczne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Szpatułki drewniane, pakowane pojedynczo. Opakowanie zbiorcze 100 szt. Data ważności na każdym pojedynczym opakowaniu.  Parametr punktowany: produkt sterylny – 1 pkt; produkt niesterylny – 0 pkt.: ………..….. (wpisać) | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | op. | 10 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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 10. Worki resuscytacyjne i maski twarzowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa producenta**  **i model/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. | Worek resuscytacyjny dla dorosłych jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40 cm H2O lub 60 cm H2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2600 ml; objętość worka resuscytatora 1500-1600ml /objętość oddechowa 600-1000 ml; z maską twarzową jednorazową  **Parametr punktowany:** worek wykonany z tworzywa SEBS: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……..(wpisać).  **Parametr punktowany**: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP na zaworze pacjenta : TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……… (wpisać).  **Parametr punktowany :** pasek na dłoń zintegrowany w workiem: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt: …….. (wpisać) | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 2 400 |  | |  |  |  |  |
| 2. | Worek resuscytacyjny dla dzieci jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 2600 ml; objętość worka resuscytatora 700-600ml /objętość oddechowa 400-500 ml; z maską twarzową jednorazową.  **Parametr punktowany**: worek wykonany z tworzywa SEBS TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………. (wpisać).  **Parametr punktowany**: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP na zaworze pacjenta: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: …….. (wpisać).  **Parametr punktowany :** pasek na dłoń zintegrowany w workiem: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt: …….. (wpisać) | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 200 |  | |  |  |  |  |
| 3. | Worek resuscytacyjny dla noworodków/niemowląt jednorazowego użytku, samorozprężalny, przezroczysty wykonany z PCV lub SEBS; z zaworem bezpieczeństwa 40cmH2O; z rezerwuarem tlenu o objętości ok. 300 ml; objętość worka resuscytatora 220-250ml /objętość oddechowa 150-180 ml; z maską twarzową jednorazową.  **Parametr punktowany**: worek wykonany z tworzywa SEBS TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ………(wpisać).  **Parametr punktowany**: możliwość bezpośredniego montażu zastawki PEEP na zaworze pacjenta: TAK – 1 pkt; NIE – 0 pkt.: ……… (wpisać). | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 4. | Jednorazowa maska twarzowa dla dorosłych, z przeznaczeniem do użycia z ręcznymi resuscytatorami, respiratorami i aparatami CPAP; dostępna w minimum trzech rozmiarach kodowanych kolorystycznie pierścieniem mocującym; zawierająca pierścienie z zaczepami do szelek/uprzęży mocujących na głowie; pompowany mankiet ukształtowany anatomicznie do twarzy, przezroczysta, bez zawartości lateksu; gotowa do użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 300 |  | |  |  |  |  |
| 5. | Jednorazowa maska twarzowa pediatryczna z przeznaczeniem do użycia z ręcznymi resuscytatorami, respiratorami i aparatami CPAP; dostępna w minimum trzech rozmiarach kodowanych kolorystycznie pierścieniem mocującym; zawierająca pierścienie z zaczepami do szelek/uprzęży mocujących na głowie; pompowany mankiet ukształtowany anatomicznie do twarzy, przezroczysta, bez zawartości lateksu; gotowa do użycia bezpośrednio po wyjęciu z opakowania. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 100 |  | |  |  |  |  |
| 6. | Manometr do monitorowania ciśnienia w drogach oddechowych podczas wentylacji – kompatybilny z resuscytatorami z pozycji 1-3; zakres pomiaru 5-60 cm H20, kolorowa skala z podziałem na trzy zakresy umożliwiająca szybką ocenę uzyskiwanego ciśnienia, kształt cylindryczny umożliwiający obserwację wartości uzyskiwanego ciśnienia z każdej strony, ciężar maks. 7g,  Termin ważności od daty dostawy: minimum 18 miesięcy. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 80 |  | |  |  |  |  |
| 7. | Zawór PEEP, zakres regulacji 1,5-20 cm H20, przystosowany do podłączenia do resuscytatorów ze złączem o średnicy 30 mm, ciężar max. 35g, produkt jednorazowego użytku.  Termin ważności od daty dostawy: minimum 12 miesięcy. | Producent:  ……….……..……  Model/  Numer katalogowy:  …….…………..… | szt. | 80 |  | |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | | **XX** | **XX** |  |

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

Zamawiający przypomina, że należy wskazywać nazwy producentów, a nie dystrybutorów oferowanych produktów.

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: 8 pkt.

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