………………………………

 (pieczęć Wykonawcy)

**FORMULARZ SZACOWANIA**

Ja/My, niżej podpisany/i ……………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz: ....................................................................................................................................................................

( pełna nazwa Wykonawcy )

....................................................................................................................................................................

( adres siedziby Wykonawcy )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGON:** |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  **NIP:** |  |  |  | **-** |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |

Adres e-mail: ..................................................................

W nawiązaniu do szacowania wartości zamówienia składam/y niniejszą ofertę na **„Dostawę sprzętu i wyposażenia do Centrum Symulacji Medycznej”** oświadczam/y o braku powiązań, oraz oferuję/my wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

**CZĘŚĆ I:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz.11) Łóżko na stanowisko intensywnej terapii 2 szt. | 2 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 40) Łóżko szpitalne ortopedyczne z materacem 1 szt. :  | 1 |  |  |  |  |
| **3** | (poz. 43) Łóżko pacjenta domowe 1 szt. :  | 1 |  |  |  |  |
| **4** | (poz. 55) Łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **5** | (poz. 41) Stanowisko do iniekcji 1 szt. : | 1 |  |  |  |  |
| **6** |  (poz. 42) Lampa zabiegowa 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **7** |  (poz. 46) Szafka przyłóżkowa 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **8** | (poz. 14) i (poz. 47) Wózek reanimacyjny 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **9** | (poz. 48) Wózek transportowy 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **10** |  (poz.12) Wózek reanimacyjny dla dzieci z wyposażeniem: 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **11** |  ( poz. 75.) Kozetka lekarska 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **12** |  (poz. 77) Lampa zabiegowa punktowa 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ I:** |  |  |  |  |

*.*

**CZĘŚĆ II:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** |  (poz. 13) Inkubator otwarty: 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ II:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ III:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 17) Pompa strzykawkowa 1szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 18) Pompa infuzyjna objętościowa 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **3** | (poz. 19) Respirator: 1szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **4** | (poz. 29) Plecak ratowniczy 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **5** | (poz. 44) Aparat EKG 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **6** | (poz. 20) i (poz. 53) Ssak elektryczny 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ III:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ IV:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 15) Defibrylator manualny z funkcją AED i stymulacją przezskórną 1szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 30) Defibrylator manualny z funkcją AED i stymulacją przezskórną 1szt. | 1 |  |  |  |  |
| **3** | (poz. 35) Defibrylator automatyczny treningowy 2 szt.: | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ IV:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ V:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 26) Zaawansowany fantom ALS osoby dorosłej 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 28) Zaawansowany fantom PALS niemowlę 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **3** | (poz. 32) Fantom BLS osoby dorosłej 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **4** | (poz. 33) Fantom BLS dziecka 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **5** |  (poz. 34) Fantom BLS niemowlęcia 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **6** | (poz.) 37 Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta starszego w zestawie z symulatorem odczuć starczych 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **7** | (poz.38) Zaawansowany fantom pielęgnacyjny pacjenta 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **8** | (poz. 56) Trenażer nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **9** | (poz. 57) Trenażer nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecko 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **10** | (poz. 58) Trenażer nauka zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **11** | (poz. 59) Trenażer dostęp do naczyń obwodowych 3 szt.  | 3 |  |  |  |  |
| **12** | (poz. 60) Trenażer dostęp doszpikowy 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **13** | (poz. 61) Trenażer iniekcje domięśniowe 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **14** |  (poz. 62) Trenażer iniekcje śródskórne 2 szt.  | 2 |  |  |  |  |
| **15** | (poz. 63) Trenażer cewnikowanie pęcherza/wymienny 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **16** | (poz. 64) Trenażer – badanie gruczołu piersiowego 2 szt. | 2 |  |  |  |  |
| **17** | (poz. 65) Trenażer konikotomia 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **18** | (poz. 66) Fantom noworodka pielęgnacyjny 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **19** | (poz. 67) Fantom noworodka do dostępu naczyniowego 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **20** | (poz. 68) Fantom wcześniaka 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **21** | (poz. 69) Model pielęgnacji stomii 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **22** | (poz. 70) Model pielęgnacji ran 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **23** | (poz. 71) Model pielęgnacji ran odleżynowych 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **24** | (poz. 72) Model do zakładania zgłębnika 1 szt.  | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ V:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ VI:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 21) Zestaw drobnego sprzętu: | 1 |  |  |  |  |
| **2** | poz. 31) Zestaw drobnego sprzętu | 1 |  |  |  |  |
| **3** |  (poz. 36) Zestaw drobnego sprzętu: | 1 |  |  |  |  |
| **4** | (poz. 54) Zestaw drobnego sprzętu medycznego: | 1 |  |  |  |  |
| **5** | (poz. 73) Zestaw drobnego sprzętu: | 1 |  |  |  |  |
| **6** | (poz. 78) Zestaw drobnego sprzętu: | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ VI:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ VII:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 22) Zestaw mebli medycznych: | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz.79.) Zestaw mebli medycznych | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ VII:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ VIII:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 49) Wózek inwalidzki 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 50) Zestaw do nauki przemieszczania pacjenta | 1 |  |  |  |  |
| **3** | (poz. 51) Zestaw do pielęgnacji i higieny pacjentów: | 1 |  |  |  |  |
| **4** | (poz. 52) Zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów (podnośnik transportowo-kąpielowy) 1 szt. | 1 |  |  |  |  |
| **5** | poz. 45) Zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej: | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM CZĘŚĆ VIII:** |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ IX:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **nazwa** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **Stawka VAT …..%** | **Wartość brutto (PLN)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1** | (poz. 16) Panel medyczny z doprowadzonymi wybranymi mediami  | 1 |  |  |  |  |
| **2** | (poz. 39) Panel nad łóżkowy z wybranymi mediami  | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM CZĘŚĆ IX:** |  |  |  |  |  |

.................................., dnia ..............................................

 ........................................................................................

 (Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)