………………………………

 (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:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 I:** |  |  |  |  |

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

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

 (Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)