Załącznik nr 7A do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania A tj. Części 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Liczba** | **Cena jednostkowa brutto w PLN**  | **Wartość brutto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol. 4 x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Łóżko na stanowisko intensywnej terapii nr 1**  | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 2. | **Łóżko na stanowisko intensywnej terapii nr 2** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 3. | **Zestaw mebli medycznych nr 1** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 4. | **Kozetka lekarska** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 5. | **Zestaw mebli medycznych nr 2** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 6. | **Łóżko szpitalne ortopedyczne** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 7. | **Stanowisko do iniekcji** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 8. | **Łóżko pacjenta domowe** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 9. | **Zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 10. | **Szafka przyłóżkowa** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 11. | **Wózek transportowy** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 12. | **Wózek inwalidzki** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 13. | **Zestaw do nauki przemieszczania pacjentów** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 14. | **Zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 15. | **Łóżko szpitalne specjalistyczne z przechyłami bocznymi** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 16. | **Zestaw wyposażenia biurowego** | kpl. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| **Wartość brutto:**  | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7B do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania B tj. Części 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Liczba** | **Cena jednostkowa brutto w PLN**  | **Wartość brutto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol. 4 x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dorosły** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 2. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych dziecko** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 3. | **Trenażer - nauka zabezpieczania dróg oddechowych niemowlę** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 4. | **Trenażer - dostępy do naczyniowe obwodowe** | szt. | 3 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 5. | **Trenażer - dostęp doszpikowy** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 6. | **Trenażer - iniekcje domięśniowe** | szt. | 2 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 7. | **Trenażer - iniekcje śródskórne** | szt. | 2 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 8. | **Trenażer - cewnikowanie pęcherza/wymienny** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 9. | **Trenażer - badanie gruczołu piersiowego** | szt. | 2 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 10. | **Trenażer – konikotomia** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 11. | **Fantom noworodka pielęgnacyjny** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 12. | **Fantom noworodka do nauki dostępu naczyniowego** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 13. | **Fantom wcześniaka** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 14. | **Model pielęgnacji stomii** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 15. | **Model pielęgnacji ran** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 16. | **Model pielęgnacji ran odleżynowych** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 17. | **Model do zakładania zgłębnika** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 18. | **Trenażer do badania oka** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| 19. | **Trenażer do badania ucha** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| **Wartość brutto:**  | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**

Załącznik nr 7C do SIWZ

**FORMULARZ CENOWY**

**dla zadania C tj. Części 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu** | **J.m.** | **Liczba** | **Cena jednostkowa brutto w PLN**  | **Wartość brutto pozycji asortymentowej w PLN** **(kol. 4 x kol. 5)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | **Fantom porodowy** | szt. | 1 | ….……...……1) | ….……...……1) |
| **Wartość brutto:**  | **……….…………1)** |

**1)Należy podać dane / uzupełnić**