Zał. nr 1 do zaproszenia

# KALKULACJA CENOWA DO OFERTY

**PAKIET NR 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu (miesiąc)** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | SYSTEM PODGRZEWANIA PACJENTA WARM-TOUCH 501-5900 | CI0306J075/2007 | TYCO HEALTHCARE GROUP LP | luty | 2 |  |  |  |  |  |
|  | SYSTEM PODGRZEWANIA PACJENTA WARM-TOUCH 501-5900 | CI0306J117/2007 | TYCO HEALTHCARE GROUP LP | luty | 2 |  |  |  |  |  |
|  | PODGRZEWACZ DO PŁYNÓW FW 588 | CI0906M011/2007 | TYCO HEALTHCARE GROUP LP | luty | 2 |  |  |  |  |  |
|  | PODGRZEWACZ DO PŁYNÓW FW 588 | CI0906M012/2007 | TYCO HEALTHCARE GROUP LP | luty | 2 |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp., w szczególności w kosztach (kolumna 8) należy uwzględnić w szczególności wymianę filtrów w systemach podgrzewania (1 na dwa lata) oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego.***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | **Zestaw endoskopowy Viking System 3 D** (endoskop 3 D 10 mm 30°- 2 szt.-3DHD Dual Chanel Endoscope, kamera endoskopowa 3 D Dual Chanel Camera Head- 1 szt. źródło światła 3DHD Light Source , monitor medyczny 3DHD Video Display, wózek aparaturowy Video Cart, okulary 3D HD - 5 szt., okulary 3D HD dla osób z okularami korekcyjnymi- 5 szt.) | /2011 | Viking System Inc | lipiec | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | Respirator do wentylacji o wysokiej czestotliwości MISTRAL | 2007-06-02/2007 | ACUTRONIC | lipiec | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych, filtrów, itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | Procesor USG Aloka α 7 + monitor HDTV OEF 261 H nr ser 712 7744 | M02336/2011 | Aloka | grudzień | **2** |  |  |  |  |  |
|  | USG Aloka α 7 (wyposażenie EUS 1311084/2013) | 202U6445/2013 | Aloka | grudzień | **2** |  |  |  |  |  |
|  | 2 głowice do USG Aloka α 7 (o nr fabr. 1311084) UST -9130 UST 5412 | X0071114/2013 X005 9961/2013 | ALOKA | grudzień | **2** |  |  |  |  |  |
|  | Usg z kolorowym Dopllerem, Aloka α 7 do torakichirur | MO 2281/2011 | ALOKA | grudzień | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | mikroskop cyfrowy-skaner preparatów- PANORAMIC MIDI | P-MIDI000254/2011 | 3DHistechLTD | Niezwłocznie po zawarciu umowy | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 6**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | barwiarka do preparatów mikroskopowych VERISTAIN GEMINI | PH 1995 E 1208; RH 2420E1209/2012 | Thermo Shandon Limited | marzec | **2** |  |  |  |  |  |
|  | Nakrywarka CLEARVUE (wyposażenie barwiarki) | CV 05151209/2012 | Thermo Shandon Limited | marzec | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 7**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | kriostat do wykonywania badań śródoperacyjnych CM1860 | 0616/09.2013 | Leica Biosystems Nussloch GmbH | luty | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | urządzenia do suchego rozmrażania składników krwi- Barkey Plasmatherm | 1108010/2011 | BARKEY-HEMOSYSTEMS | styczeń | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**lub/i**

**koszt transportu (koszt przesyłki) : …………………. zł/ netto**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 9**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | aparat do podciśnieniowego leczenia ran ActiVAC | VGBR00785/2015 | KCI USA Inc. | Lipiec | **1** |  |  |  |  |  |
|  | aparat do podciśnieniowego leczenia ran ActiVAC | VFSR03163/2015 | KCI USA Inc. | Lipiec | **1** |  |  |  |  |  |
|  | aparat do podciśnieniowego leczenia ran VAC ULTA | VFVR15893/2015 | KCI USA Inc. | Lipiec | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**lub/i**

**koszt transportu (koszt przesyłki) : …………………. zł/ netto**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | urządzenie do monitorowania rzutu serca | EV003592/2012 | edwards lifesciences | luty | **2** |  |  |  |  |  |
|  | urządzenie do monitorowania rzutu serca | EV003484/2012 | edwards lifesciences | luty | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**lub/i**

**koszt transportu (koszt przesyłki) : …………………. zł/ netto**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 11**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | Urządzenie chłodnicze dwutemperaturowe do przechowywania osocza, typ WS SN 300 S | 091/2010 | BOLAROS S.A. | listopad | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 12**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | SSAK New Hospovac | 5141/2013 |  | luty | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**lub/i**

**koszt transportu (koszt przesyłki) : …………………. zł/ netto**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 13**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | wózek transportowy do przewożenia chorych typ WP-09.0 | 2011 | FAMED | wrzesień | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

**PAKIET NR 14**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa urządzenia** | **Nr seryjny/ rok produkcji** | **Producent** | **Przewidy-wany termin przeglądu** | **Ilość przewidywanych przeglądów w czasie trwania umowy** | **koszt przeglądu jednego urządzenia netto** | **dodatkowe koszty związane z konserwacją okresową 1-go urządzenia netto\***  ***jeżeli dotyczy*** | **Wartość netto**  **6\*(7+8)** | **Stawka VAT**  **%**  **Kwota**  **zł** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | Platforma elektrochirurgiczna FORCETRIAD | 2010/T1H24632EX | COVIDIEN | styczeń | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***\*należy wskazać dodatkowe koszty, niezbędne do przeprowadzenia przedmiotowej usługi np. wymiana akumulatorów, baterii, zestawów konserwacyjnych itp. oraz należy dołączyć do oferty szczegółowy wykaz ww. części i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu technicznego***

**Powyższe ceny obejmują:**

**Koszt roboczogodziny: …………………. zł/godz. netto**

**koszt dojazdu (całkowity, a nie za 1 km) do siedziby Zamawiającego netto: ………………………. zł**

**lub/i**

**koszt transportu (koszt przesyłki) : …………………. zł/ netto**

**……………………………..**

**(podpis wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na *wykonywanie okresowych przeglądów technicznych i konserwacji sprzętu i aparatury medycznej znajdującej się w SP Szpitalu Specjalistycznym Chorób Płuc w Zakopanem, znak postępowania: A.ZP-24-13/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Pakiet nr 1\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 2\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 3\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 4\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 5\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 6\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 7\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 8\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 9\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 10\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 11\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 12\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 13\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

**Pakiet nr 14\***

**Cena netto za cały okres świadczenia usługi …………….… zł**

**VAT….….% ……………….. zł**

**Cena brutto za cały okres świadczenia usługi ………………...... zł**

**(słownie: ……..………………………………………………………………..……..)**

Cena ta została obliczona na podstawie kalkulacji stanowiącej załącznik nr 1 do zaproszenia.

Oświadczam(y), iż usługę będę/my świadczyć w okresie: 24 miesiące od daty podpisania umowy

Oświadczam(y), iż usługę przeglądu danego aparatu/urządzenia medycznego wykonam/y w terminie ………………………. (max. 14 dni roboczych) od dnia zgłoszenia.

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21 dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

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

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

następujący zakres rzeczowy\*:

…………………………………………….……………….………………………………………………….

………………………………………………………………..……………………………………………….

………………………………………………………..……………………………………………………….

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 5 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*