Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP14/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 1 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość  Szt/kpl | Cena jedn.  netto [zł] | Wartość  netto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartość  brutto [zł] |
| 1 | Część nr 1 zamówienia – dostawa Respiratorów przenośnych | 12 |  |  |  |  |  |
| 2 | Część nr 1 zamówienia – dostawa Respiratora uniwersalnego wysokiej klasy | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM: | X |  | X | X |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP14/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 2 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość  Szt/kpl | Cena jedn.  netto [zł] | Wartość  netto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartość  brutto [zł] |
| 1 | Część nr 2 zamówienia – dostawa Defibrylatora | 1 |  |  |  |  |  |
| 2 | Część nr 2 zamówienia – dostawa Monitorów funkcji życiowych | 7 |  |  |  |  |  |
| 3 | Część nr 2 zamówienia – dostawa Kardiomonitów min.17” | 5 |  |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM: |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP14/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 3 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość  Szt/kpl | Cena jedn.  netto [zł] | Wartość  netto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartość  brutto [zł] |
| 1 | Część nr 3 zamówienia – dostawa Łóżek elektrycznych z wyposażeniem | 12 |  |  |  |  |  |
| 2 | Część nr 3 zamówienia – dostawa Materacy przeciwodleżynowych z pompą | 12 |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: |  | X |  | X | X |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

Znak sprawy: **MCM/WSM/ZP14/2015** Załącznik Nr 7 do SIWZ

Dotyczy*:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: **„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

**Nazwa Wykonawcy** : …………………………………………………………………………………………………………….

**Adres:** ..........................................................................................................................................

Część Nr 4 zamówienia

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilość  Szt/kpl | Cena jedn.  netto [zł] | Wartość  netto [zł] | VAT [%] | Cena brutto jedn.[zł] | Wartość  brutto [zł] |
| 1 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Ssaków elektrycznych** | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Ssaków elektrycznych operacyjnych** | 4 |  |  |  |  |  |
| 3 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Inhalatora** | 1 |  |  |  |  |  |
| 4 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Glukometrów** | 2 |  |  |  |  |  |
| 5 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Aparatów do mierzenia ciśnienia** | 3 |  |  |  |  |  |
| 6 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Laryngoskopów** | 2 |  |  |  |  |  |
| 7 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Videolaryngoskopu** | 1 |  |  |  |  |  |
| 8 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Resuscytatorów (Ambu)** | 13 |  |  |  |  |  |
| 9 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Kul** | 4 |  |  |  |  |  |
| 10 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Lasek** | 4 |  |  |  |  |  |
| 11 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Balkoników** | 2 |  |  |  |  |  |
| 12 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Wózków inwalidzkich** | 3 |  |  |  |  |  |
| 13 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Wózków inwalidzkich z podparciem głowy** | 2 |  |  |  |  |  |
| 14 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Pulsoksymetru** | 1 |  |  |  |  |  |
| 15 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Stolików zabiegowych** | 2 |  |  |  |  |  |
| 16 | Część nr 4 zamówienia – dostawa **Pomp infuzyjnych** | 3 |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

*do reprezentowania Wykonawcy/ców)*

1. Należy wypełnić odpowiednio dla danej części, w ramach której wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić odpowiednio dla danej części, w ramach której wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy wypełnić odpowiednio dla danej części, w ramach której wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia [↑](#footnote-ref-3)