Nr sprawy: 36/PN/2022 **Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**ZMODYFIKOWANY**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

………………………………….

(Nazwa i adres Wykonawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 1 (Pakiet nr 1) Aparat EKD – 2 szt.** |
| 1. | **Aparat EKG** **(zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt I.)** | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 1.1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 2 (Pakiet nr 2)**  **Bieżnia wysiłkowa z oprogramowaniem i Holterem – 1 komplet** |
| 1.
 | **Zestaw do próby wysiłkowej (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. a)),** w tym: |
|  | Bezprzewodowy aparat EKG + oprogramowanie |  |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Bieżnia |  |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Holter EKG (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. b)),** w tym: |
| 2.1 | Rejestrator holterowski EKG + oprogramowanie |  |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Stacja robocza (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. c)), w tym:** |
| 3.1 | Komputer PC |  |  |  |  | 23% |  |  |
| 3.2 | Monitor  |  |  |  |  | 23% |  |  |
| 3.3 | Drukarka  |  |  |  |  | 23% |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 3 (Pakiet nr 3) Zestaw do laparoskopii – 1 komplet** |
|  | **Tor wizyjny** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt III. a)), w tym: |
|  | Kamera endoskopowa | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Źródło światła LED + procesor obrazu | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Monitor medyczny 4K** | **2 szt.** |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Wózek aparaturowy | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Optyka Laparoskopowa | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Insuflator CO2 | 2szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Pompa płucząca - irygacyjna  | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Monitor o przekątnej min. 32” i rozdzielczości min. 4k na wózku jezdnym | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | Monoblokowa kamera wraz z optyką do laparoskopii o rozdzielczości min. 4K | 2 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Aparat do neuromonitoringu śródoperacyjnego** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. b)), w tym: |
| 2.1 | Aparat do neuromonitoringu nerwów czaszkowych w chirurgii endokrynologicznej | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Zestaw laserów CO2** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. c)), w tym: |
| 3.1 | Frakcyjny i chirurgiczny system laserowy CO2 do zastosowań w dermatochirurgii: | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 3.2 | Laser diodowy do zastosowań w proktologii  | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Videoprocesor obrazu HDTV wraz ze zintegrowanym źródłem światła** (zgodnie z OPZ - zał. nr 5 do SWZ pkt II. d)), w tym: |
| 4.1 | Videoprocesor obrazu HDTV wraz ze zintegrowanym źródłem światła  | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 4.2 | Wózek medyczny endoskopowy | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 4.3 | Ssak medyczny endoskopowy | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 4.4 | Monitor medyczny endoskopowy | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Zestaw narzędzi ginekologicznych** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. e)) | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
|  | **Narzędzia chirurgiczne do sali opatrunkowej** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt II. f)) | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 4 (Pakiet nr 4): Zestaw Liga Sure z końcówką Argonową i Diatermią wraz z dodatkowym wyposażeniem – 1 zestaw**(zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt IV.) |
| 1. | **Zestaw Liga Sure z końcówką Argonową i Diatermią wraz z dodatkowym wyposażeniem** | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1.1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 5 (Pakiet nr 5): Nóż harmoniczny – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt V.) |
| 1. | **Nóż harmoniczny**  | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 6 (Pakiet nr 6): Dermatom – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt VI.) |
| 1. | **Dermatom**  | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 7 (Pakiet nr 7): Myjnia automatyczna do endoskopów 2 torowa – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt VII.) |
| 1. | **Myjnia automatyczna do endoskopów 2 torowa** | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 8 (Pakiet nr 8): Wózek do transportu endoskopów – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt VIII.) |
| 1. | **Wózek do transportu endoskopów** | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 9 (Pakiet nr 9): Zestaw narzędzi laparoskopowych – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt IX.) |
| 1. | **Zestaw narzędzi laparoskopowych**  | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 10 (Pakiet nr 10): Miski chirurgiczne – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt X.) |
| 1. | **Miski chirurgiczne**  | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 11 (Pakiet nr 11): Fotele/taborety medyczne dla operatorów – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt XI.) |
| 1. | **Fotel chirurgiczny z oparciem** | 1 szt. |  |  |  | 8% |  |  |
| 2. | **Fotel chirurgiczny bez oparcia** | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 12 (Pakiet nr 12): Łóżko do przewozu pacjenta – 1 zestaw** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt XII.) |
| 1. | **Łóżko do przewozu pacjenta**  | 1 zestaw |  |  |  | 8% |  |  |
| 1,1 | …………..…….… |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres /Nazwa urządzenia** | **Ilość** | **Producent****Nr katalog.** | **Cena jedn. netto PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** **w PLN** |
| **%** | **kwota** **w PLN** |
|  | **Część 13 (Pakiet nr 13** **Rozbudowa oraz modernizacja systemu zasilania awaryjnego** (zgodnie z OPZ - zał. nr 2 do SWZ pkt XIII.) |
| 1. | **Zasilacz UPS** | 1 szt. |  |  |  | 23% |  |  |
| 2. | **Prace instalacyjne, montażowe, adaptacyjne** |  |  |  |  | 23% |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art.233 kk oraz 305 kk.

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

Podpis(y) osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

***Oświadczenie składane w formie elektronicznej podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym****, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*