**Załącznik nr 2**

**Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia**

*\* Cena brutto, będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: wartość jednostkowa netto razy ilość – daje wartość netto, z której to wartości liczymy podatek VAT i po dodaniu podatku VAT do wartości netto otrzymujemy cenę brutto.*

**PAKIET NR 1 - Serwis sprzętu medycznego prod. Medtronic, Meden-InMed oraz Richard Wolf**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Zestaw: Elektromiograf | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **2.** | Fotel urologiczno-ginekologiczny | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **3.** | Zestaw: Laser urologiczny holmowo-jagowy | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **4.** | Pompa ssąco-płucząca | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **5.** | Uropompa | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **6.** | Videomediastinoskop z torem wizyjnym i oprzyrządowaniem | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego -ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 2 - Serwis sprzętu medycznego prod. ERBE**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Diatermia chirurgicznatyp: ICC300H, ICC300 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **2.** | Diatermia chirurgicznatyp: DIACAPSUTOM | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **3.** | Diatermia chirurgicznatyp: ERBOTOM ICC200EC | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **4.** | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonowątyp: VIO200S, APC-2 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **5.** | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonowątyp: VIO300D, APC-2 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **6.** | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonowątyp: ICC200E/APC300 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **7.** | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonowątyp: VIO300S, APC-2 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **8.** | Diatermia chirurgiczna z zamykaniem naczyń do 7 mmtyp: VIO300D | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **9.** | Zestaw: diatermia chirurgiczna z przystawką argonową oraz nożem wodnym | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **10.** | Diatermia chirurgicznatyp: VIO100C | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jedna kalibracja diatermii |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **4.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 2a - Serwis sprzętu medycznego prod. Schaerer**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Stół operacyjny | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 3 - Serwis sprzętu medycznego prod. Meditech**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Rejestrator ciśnienia krwi | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **2.** | oprogramowanie do ciśnieniomierzy z modułem optycznym | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **3.** | Zestaw: System holterowski do oceny równoczesnej EKG i RR | 3 | 6 |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 4 - Serwis sprzętu medycznego prod. EMTEL**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Kardiomonitor | 15 | 30 |  |  |  |  |
| **2.** | Centralna stacja monitorowania | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

 ……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 5 - Serwis sprzętu medycznego prod. GOLDWAY**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Kardiomonitor | 16 | 32 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

 ……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 6 - Serwis sprzętu medycznego prod. THERMO, Heraeus Med, Trumpf Medizin, Kendromed**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | cieplarka laboratoryjna | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **2.** | kolumna sufitowa | 9 | 18 |  |  |  |  |
| **3.** | lampa operacyjna | 9 | 18 |  |  |  |  |
| **4.** | Zestaw: kolumna medyczna 1 -stanowiskowa | 5 | 10 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 7 - Serwis sprzętu medycznego prod. Aspel**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Elektrokardiogradtyp: AsCARD Mr. Blue | 4 | 8 |  |  |  |  |
| **2.** | elektrokardiogradtyp: AsCARD Mr. GOLD | 9 | 18 |  |  |  |  |
| **3.** | elektrokardiogradtyp: AsCARD B5 Eco | 1 | 2 |  |  |  |  |
| **4.** | elektrokardiogradtyp: AsCARD Mr. Green | 3 | 6 |  |  |  |  |
| **5.** | elektrokardiogradtyp: AsCARD Mr. Green 2 | 3 | 6 |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

 ……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 8 - Serwis sprzętu medycznego prod. Nuova, Instanbul Medical**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | urządzenie do ogrzewania krwi i płynów infuzyjnych | 2 | 4 |  |  |  |  |
| **2.** | Zestaw: system do powierzchniowego ogrzewania pacjentów | 3 | 6 |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 9 - Serwis sprzętu medycznego prod. Zoll, Welch Allyn, Nonin, FERNO, TOPCOM, MEDLINE, GCE, PNEUPAC, SMITH MEDICAL, BOSCAROL, FINMED-P, Paramedica, Laerdal, AMBU, Daumont Securite, Saver, FareTec, Cezar**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Ilość****[szt.]** | **Planowana ilość na** **36 – m-c** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Defibrylatortyp: M-Series | 3 | 9 |  |  |  |  |
| **2.** | Kardiomonitortyp: Propaq 102, Propaq 242, Propaq 244, Propaq CS242 | 17 | 51 |  |  |  |  |
| **3.** | Materac próżniowytyp: DTH8510 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **4.** | Przenośny ogrzewacz płynów infuzyjnychtyp: Termo Box | 2 | 6 |  |  |  |  |
| **5.** | Pulsoksymetrtyp: 8500A, 8500MA | 6 | 18 |  |  |  |  |
| **6.** | Reduktor tlenowy z szybkozłączemtyp: 720199, Mediselect 25, Medicontrol 4, Mediflow 15 | 10 | 30 |  |  |  |  |
| **7.** | Respirator pneumatycznytyp: Para PAC | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **8.** | Zestaw: Respirator stacjonarno-transportowy do pracy w polu magnetycznym | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **9.** | Ssak elektryczno-akumulatorowytyp: OB. 1000 | 2 | 6 |  |  |  |  |
| **10.** | Zestaw: System monitorowania - poz. 45 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **11.** | Zestaw: System monitorowania - poz. 46 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **12.** | Zestaw: System monitorowania - poz. 47 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **13.** | Zestaw: System monitorowania - poz. 48 | 1 | 3 |  |  |  |  |
| **14.** | Szyny próżniowetyp: 5265, 5266, 5267 | 2 | 6 |  |  |  |  |
| **15.** | Transporter wielopoziomowytyp: EFX | 2 | 6 |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 10 - Serwis sprzętu medycznego prod. NEUROSOFT, LIFELINES**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jedna roboczogodzina |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **4.** | Elektroda grzybkowa |  |  |  |
| **5.** | Przewód elektrody grzybkowej |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 11 - Serwis sprzętu medycznego prod. ZEM MARP Electronic**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 12 - Serwis sprzętu medycznego prod. Alpinie Biomed/Sierra Scientific Instruments**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust. 2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 13 - Serwis sprzętu medycznego prod. BVI**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 14 - Serwis sprzętu medycznego prod. SARSTEDT**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **4.** | Moduł mechanizmu mieszającego wraz ze sterownikiem – 1 szt. |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 15 - Serwis sprzętu medycznego prod. ORION Diagnostica**

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 16 - Serwis sprzętu medycznego prod.** [**CHF Solutions Inc**](http://192.168.3.198/Details.aspx?o=2367&type=Device)

**Przeglądy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Planowana ilość na****24 – m-c** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Przegląd okresowy |  | 2 |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Wycena usługi przeglądu okresowego powinna zawierać koszt przeglądu okresowego, koszt podzespołów wymienianych podczas przeglądu technicznego zgodnie z protokołem producenta aparatury, koszty dojazdu serwisanta i/lub transportu sprzętu do siedziby serwisu (w przypadku wysyłania sprzętu do serwisu na koszt odbiorcy proszę podać dane firmy kurierskiej i nr klienta)*

**Naprawy**

*Realizacja roboczogodzin, transportu, części zamiennych zużytych w ramach umowy do wartości określonej w §5 ust.2 umowy.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka****VAT****[%]** | **Cena brutto****[zł]** |
| **1.** | Jednorazowy dojazd do siedziby Zamawiającego- ryczałt |  |  |  |
| **2.** | Jednorazowe przesłanie sprzętu z i do serwisu - ryczałt |  |  |  |
| **3.** | Jednorazowy koszt transportu z i do serwisu |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

*Ocenie podlegać będzie wycena zaplanowanych przeglądów okresowych oraz wycena jednostkowej roboczogodziny, transportu/dojazdu oraz części zamiennych (jeśli dotyczy)*

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZEM Przeglądy i Naprawy (Cena brutto)** |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 17 - Serwis sprzętu medycznego prod.** [**GE**](http://192.168.3.198/Details.aspx?o=2367&type=Device)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Okres obowiązywania** | **Wartość raty netto****[zł]**  | **Wartość netto****[zł]** | **VAT****[%]** | **Wartość brutto****[zł]** |
| Echokardiograf VIVID 7 Dimension – poz.1 |  |  |  |  |  |
| Echokardiograf przenośny z głowicami – poz. 2 |  |  |  |  |  |
| Echokardiograf przenośnyz głowicami – poz. 3 |  |  |  |  |  |
| Echokardiograf VIVID 7 PRO – poz. 4 |  |  |  |  |  |
| Zestaw do archiwizacji bad echokardiograf oraz oprogramowanie do VIVID – poz. 5 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf – poz. 6 |  |  |  |  |  |
| ultrasonograf z kolorowym dopplerem przenośny – poz. 7 |  |  |  |  |  |
| Densytometr rentgenowski kostny – poz. 8 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf diagnostyczny przenośny z dwiema głowicami – poz. 9 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf diagnostyczny stacjonarny z trzema głowicami – poz. 10 |  |  |  |  |  |
| Echokardiograf VIVID E9 wysokiej klasy z wyposażeniem – poz. 11 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf ginekologiczny stacjonarny z trzema głowicami – poz. 12 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf stacjonarny z czterema głowicami – poz. 13 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf diagnostyczny z wyposażeniem – poz. 14 |  |  |  |  |  |
| Ultrasonograf dedykowany do anestezjologii z głowicą liniową – poz. 15 | 2014.08.05 - …… |  |  |  |  |
| Echokardiograf Vivid S5 z wyposażeniem – poz.16 | 2015.10.09 - …… |  |  |  |  |
| Głowica USG przezprzełykowa 3D – poz. 17 | 2015.10.09 - …… |  |  |  |  |
| Głowica USG przezprzełykowa – poz. 18 | 2015.10.09 - …… |  |  |  |  |
|  |  | **RAZEM** |  |  |  |

Ryczałt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Miesiąc** | **Wysokość raty netto****[zł]** | **VAT** | **Wysokość raty brutto****[zł]** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
| **.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo

**PAKIET NR 18 - Serwis sprzętu medycznego prod.** [**MMM**](http://192.168.3.198/Details.aspx?o=2367&type=Device) **Muenchener Medizin Mechanik GmbH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **ilość** | **Numer katalogowy** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Wartość netto****[zł]** | **Stawka VAT** | **Cena brutto****[zł]** |
| 1. | Zryczałtowany koszt przeglądu okresowego sterylizatora (dla dwóch pracowników) | 16 | R.1 |  |  |  |  |
| 2. | Cena jednej roboczogodziny | 100 | G.2 |  |  |  |  |
| 3. | Zryczałtowany koszt dojazdu do Zamawiającego w ramach napraw i przeglądów (dla dwóch pracowników) | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem obsługa serwisowa:** |  |  |  |

**Cennik części zamiennych (zużywalnych):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **numer****katalogowy** | **Wartość jednostkowa netto****[zł]** | **Stawka****VAT** | **Cena brutto****[zł]** |
| 1 | żarówki sygnalizacyjne 28 V | 614156 |  |  |  |
| 2 | papier składanka | 638925 |  |  |  |
| 3 | pisak rejestratora czerwony | 631331 |  |  |  |
| 4 | pisak rejestratora niebieski | 631322 |  |  |  |
| 5 | zawór pilotujący pneumatyczny | 521291 |  |  |  |
| 6 | stycznik DIL ze stykiem pomocniczym | 594355/P |  |  |  |
| 7 | taśma czyszcząca | 65142 |  |  |  |
| 8 | nawijacz przewodu lewy /prawy | 589707 |  |  |  |
| 9 | gasik stycznika | 13/P |  |  |  |
| 10 | uszczelka drzwi sterylizatora parowego | 6706032 |  |  |  |
| 11 | smar do uszczelki | 613047 |  |  |  |
| 12 | wkład kondensatora typ E | 555246 |  |  |  |
| 13 | wkład kondensatora typ S/G | 601574 |  |  |  |
| 14 | łącznik kątowy | 21374 |  |  |  |
| 15 | wkładka filtracyjna szafy sterowniczej - kwadratowa | 608256 |  |  |  |
| 16 | uszczelka typu oring 18x1,5 1/2", 17x2 3/4",29x3 1i1/4", 13x2 5/8 22x2.1, itp. |   |  |  |  |
| 17 | filtr sterylny powietrza | 538926 |  |  |  |
| 18 | nurnik zaworu sterylizatora 255A | 585128 |  |  |  |
| 19 | uszczelka pod włącznik pływakowy | 581074 |  |  |  |
| 20 | neoblank | 16/P |  |  |  |
| 21 | element grzejny 9 kW | 574402 |  |  |  |
| 22 | zawór bezpieczeństwa 4,5 bar R 1 | 619814 |  |  |  |
| 23 | zawór elektromagnetyczny T 255A 3/8 DN 6 | 536569 |  |  |  |
| 24 | uszczelka grafitowa 2" | 534767 |  |  |  |
| 25 | zawór pneumatyczny DN 13 | 82664 |  |  |  |
| 26 | mikrowyłącznik poziomu wytwornicy | 611281 |  |  |  |
| 27 | włącznik ciśnieniowy typ Danfoss RT 110 | 10023306 |  |  |  |
| 28 | uszczelka wytwornicy pary | 609462 |  |  |  |
| 29 | smar MOLYKOTE do uszczelnień połączeń parowych | 90816 |  |  |  |
| 30 | czujnik temperatury | 575271 |  |  |  |
| 31 | zawór wody DEMI | 617909 |  |  |  |
| 32 | uszczelka grafitowa 1/2" | 534721 |  |  |  |
| 33 | sterownik B&R | 648404 |  |  |  |
| 34 | sprężyna drzwi (mb) | 586954 |  |  |  |
| 35 | uszczelka grafitowa 1/4" | 534660 |  |  |  |
| 36 | obój gumowy | 573506 |  |  |  |
| 37 | pasta silikonowa | 92/P |  |  |  |
| 38 | uszczelka DN 15 | 534572 |  |  |  |
| 39 | regeneracja pompy próżniowej LEMA 50 | U.134 |  |  |  |
| 40 | pompa próżniowa sterylizatora parowego | 538830 |  |  |  |
| 41 | uszczelnienie regulatora przepływu | 10042610 |  |  |  |
| 42 | termoregulator wody sieciowej | 539666 |  |  |  |
| 43 | mikrowyłacznik drzwiowy listwy bezpieczeństwa | 532336 |  |  |  |
| 44 | wężyk pneumatyczny niebieski | 80552 |  |  |  |
| 45 | przetwornik temperatury | 584611 |  |  |  |
| 46 | łącznik prosty metalowy | 521316 |  |  |  |

……………….…dnia……………

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadających pełnomocnictwo