|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 1: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Myjka ultradźwiękowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjka ultradźwiękowa | SONOREX ZE/1058 dt | 1 | 2 |  |  |  |  |  | **Bandelin Gmbh** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 1 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 2: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Inkubator testów biologicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Inkubator testów biologicznych | Crosstex / SPS Medical | 2 | 4 |  |  |  |  | 2009 | **Crosstex** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 2 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 3: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności– Dezynfektor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjnia - Dezynfektor | CS 750S | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | **Belimed AG** |
| 2. | Myjnia - Dezynfektor | WD 200 | 4 | 8 |  |  |  |  | 2019-2020 | **Belimed AG** |
| 3. | Sterylizator | Parowy, MST-V 6-6-18 vs2 | 3 | 6 |  |  |  |  | 2019 | **Belimed AG** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 4: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Myjka ciśnieniowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjka ciśnieniowa | Maxisteam VA | 1 | 2 |  |  |  |  |  | **Entrhal Medical GmbH** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 4 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 5: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Myjnia do endoskopów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Myjnia do endoskopów | MEDIVATORS ISA™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | **Cantel Medical Corp.** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 5 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 6: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności .Stacja uzdatniania wody**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Stacja uzdatniania wody | Epuro | 1 | 2 |  |  |  |  |  | **EPURO SP. Z O.O.** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 6 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 7: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Sterylizator**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Sterylizator | Plazmowy RENO S130D | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | **Renosem Co. Ltd**. |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 7 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 8: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Szafa na endoskopy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów****w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Szafa na endoskopy | ENDODRY™ | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | **Cantel Medical Corp.** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 8 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 9: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Urządzenie czyszczące i dezynfekujące.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| 1. | Urządzenie czyszczące i dezynfekujące | WORLDCHEM | 1 | 2 |  |  |  |  | 2019 |  |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 9 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 10: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Urządzenie do przepłukiwania kanałów endoskopów**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| 1. | Urządzenie do przepłukiwania kanałów endoskopów | Scope Buddy | 1 | 2 |  |  |  |  | 2014 | **Medivators** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 10 |  |  |  |  |

# ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 11: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Zgrzewarki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądóww ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Zgrzewarka | Pouchmate PMS 101 | 1 | 2 |  |  |  |  |  | Pms Tibbi Cihazlar Teknolojisi AS (Turkiye) |
| 2. | Zgrzewarka | HM 850 DC-V | 3 | 6 |  |  |  |  | 2020 | hawo GmbH |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 11 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 12: Serwisowanie w celu utrzymania w pełnosprawności Sprężarka**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****urządzeń**  | **Ilość przeglądów w ciągu roku wszystkich urządzeń danego typu** | **Cena ryczałtu jednego aparatu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów wszystkich aparatów za okres 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa urządzenia** | **Typ** |
| 1. | Sprężarka | APS 7.5 COMBI DRY X | 1 | 2 |  |  |  |  | 2020 | **AIRPRESS** |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 12 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ CENOWY |

**Znak sprawy: Z/13/PN/25**

Zamawiający: Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy: …………………………………………………………………………………

**Zadanie 13: Utrzymanie systemu informatycznego monitorującego obieg narzędzi oraz archiwizującego dane z procesów.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot serwisowania** | **Ilość****systemów** | **Ilość przeglądów systemu w ciągu roku** | **Cena ryczałtu za utrzymanie i nadzór systemu za jeden miesiąc** | **Wartość netto ryczałtów za 12 miesięcy** | **VAT****%** | **Wartość brutto oferty***/Wartość netto ryczałtów za 12 miesięcy +VAT %/* | **Rok produkcji** | **Producent** |
| **Nazwa systemu** | **Typ** |
| 1. |  Utrzymanie systemu informatycznego monitorującego obieg narzędzi oraz archiwizującego dane z procesów | Synapsis Advanced Plus-Datashare | 1 | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Cena oferty ogółem za zadanie nr 13 |  |  |  |  |  |