|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Zadanie nr 1 PRZEGLĄDY TECHNICZNE STACJI UZDATNIANIA WODY BLANKA + | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STACJA UZDATNIANIA WODY BLANKA + | STERYLIZACJA CENTRALNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 2 Przegląd techniczny skaner Agfa Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SKANER RTG nr G-40045/2012  Agfa Sp. z o.o. | RTG | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 3 Aparat RTG AXION | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
|  | **Aparat RTG AXIOM ICONOS / nr 2508 Siemens** | PRACOWNIA RTG | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 4 PRZEGLĄD TECHNICZNY SKANERA Agfa Sp. z o.o. | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Skaner kaset CR / nr 50755 Agfa Sp. z o.o. | PRACOWNIA RTG LUBAWA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | ZADANIE nr 5 POMPY INFUZYJNE S1 MEDIMA | |  |  |  |  | | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | Pompa infuzyjna S1 / 0106801 / 09 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pompa infuzyjna S1 / 0106808 / 09 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Pompa infuzyjna S1 / 0106811 / 09 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Pompa infuzyjna S1 / 0106812 / 09 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Pompa infuzyjna S1 / 0119961 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Pompa infuzyjna S1 / 0119962 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Pompa infuzyjna S1 / 0119948 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Pompa infuzyjna S1 / 0119949 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Pompa infuzyjna S1 / 0106802 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Pompa infuzyjna S1 / 0106803 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Pompa infuzyjna S1 / 0106804 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Pompa infuzyjna S1 / 0106805 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Pompa infuzyjna S1 / 0106806 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Pompa infuzyjna S1 / 0106807 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Pompa infuzyjna S1 / 0106809 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Pompa infuzyjna S1 / 0106810 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Pompa infuzyjna S1 / 0106813/ 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Pompa infuzyjna S1 / 0106814 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Pompa infuzyjna S1 / 0106815 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Pompa infuzyjna S1 / 0106816 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Pompa infuzyjna S1 / 0106815 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Pompa infuzyjna S1 / 0106816 / 09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | ZADANIE nr 6 POMPY INFUZYJNE PILOT | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Pompa infuzyjna pilot A2 / 18485277 | PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pompa infuzyjna pilot A2 / 18485049 | PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Pompa infuzyjna pilot A2 / 18485425 | PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | ZADANIE nr 6A POMPY INFUZYJNE BRAUN | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Pompa infuzyjna PERFURSOR / 35970 | ZESPOŁY RATOWN. MEDYCZNEGO | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | ZADANIE nr 6B POMPY INFUZYJNE ASCOR | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Pompa infuzyjna AP12 / 2107 | ZESPOŁY RATOWN. MEDYCZNEGO | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pompa infuzyjna AP14 / 07488 | ZESPOŁY RATOWN. MEDYCZNEGO | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 7 APARATY DO ZNIECZULENIA DATEX-OHMEDA | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | AESPIRE AMXK nr 00829 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AESPIRE AMXK nr 01010 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | |  |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 8 EKG (ELEKTROKARDIOGRAFY)ASPEL S.A. | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | EKG AsCARD GREY / nr 2614 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | EKG AsCARD GREY / nr 1976 / E | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | EKG AsCARD GREY / 4455 | Chirurgia Urazowa | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Ascard B5 / nr 27 / 03/R | Chirurgia Urazowa | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | EKG AsCARD GREY / nr 2937 | CH. OGÓLNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | AsCARD Mr. SILVER / nr 286 | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | EKG AsCARD GREY 7 / nr 2721 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | AsCard MR.SILVER / nr 372 | SOR / AMBULATORIUM | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | EKG AsCARD GREY / 2947 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | EKG AsCARD GREY / 2949 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | EKG ASCARD MR.SILVER / nr 285/09P | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | EKG AsCARD GREY / nr 2946 | Rehab. Kardiologiczna | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | EKG AsCARD GREY / nr 3666 | REHABILITACJA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | EKG ASCARD Mr RED 3v601 0191 | ZESPOŁYWYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | EKG MR Blue / nr 133 | ZESPOŁYWYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | EKG AsCARD GREY / nr 3946 | OTUA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 8A EKG (ELEKTROKARDIOGRAFY)SCHILLER | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Cardiovit AT-1 / nr 9109167 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | CARDIOVID AT-1 / nr 19006100 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 8B EKG (ELEKTROKARDIOGRAFY) Medical System | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Mac 1200 nr 101119111 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 9 CYKLOERGOMETRY ASPEL S.A. | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | CYKLOERGOMETR SYSTEMU REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ 164 / 13 / CRG 200 | REHAB. KARDIOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | CYKLOERGOMETR SYSTEMU REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ 165 / 13 / CRG 200 | REHAB. KARDIOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CYKLOERGOMETR SYSTEMU REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ 166 / 13 / CRG 200 | REHAB. KARDIOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 10 Kardiomonitory EMTEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOMONITOR FX 3000 / 10140868/2014 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | KARDIOMONITOR FX 3000 /10140863 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | KARDIOMONITOR FX 3000 /10140864 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | KARDIOMONITOR FX3000 /10140865 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | KARDIOMONITOR FX 3000/10140866 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | KARDIOMONITOR FX 3000 / 10140867 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | KARDIOMONITOR FX 2000MD – CENTRALNY / 3372 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3368 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3371 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3369 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3370 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 4365 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | KARDIOMONITOR FX 2000MD CENTRALNY / 3552 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3547 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3548 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3549 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3550 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | KARDIOMONITOR FX 2000MD / 3551 | 0IT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4586 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4587 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4588 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | KARDIOMONITOR ROZSZERZONY FX 3000 / 11130600 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | KARDIOMONITOR ROZSZERZONY FX 3000 / 11130601 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. | KARDIOMONITOR CENTRALNY FX 3000C / 03150932 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4849 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4850 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4851 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4852 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | KARDIOMONITOR FX 2000P / 4853 | CHIRURGII OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 11 Kardiomonitory EDAN | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOMONITOR M8A21210C3315LA | GINEKOLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | KARDIOMONITOR COMPACT 9 EDAN M8A **nr DEN1100067** | POŁOŻNICZO-NOWORODKOWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  | | | | | | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 11A Kardiomonitory AGILENT | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOMONITOR typ M3046A SN DE00818437 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 12 Monitor do pomiarów hemodynamicznych EDWARDS LIFESCIENCES | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MONITOR DO POMIARÓW HEMODYNAMICZNYCH/EV054889 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 13 Kolumny chirurgiczne ( 3 ZESTAWY ) TRUMPF KREUZER | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KOLUMNA CHIRURGICZNA UNIPORT 1578 **1. 10319940, 2. 10319941, 3. 10319942** | BLOK OPERACYJNY | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  | | | | | | …………………………………………..  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 14 Kolumny anestezjologiczne ( 3 ZESTAWY ) TRMPF KREMER | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KOLUMNY ANESTEZJOLOGICZNE TRMPF KREMER Met 13525 **Klineport 1285 SN 100319940 Klineport 1285 SN 100319941, Klineport 1285 SN 100319942** | BLOK OPERACYJNY | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | **Zadanie nr 15 LAMPY DO FOTOTERAPII MEDELA** | | | | | | | | |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | LAMPA DO FOTOTERAPII 1480471 | PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Lampa do fototerapii nr 1301710 | Położniczo - Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | **Zadanie nr 15 A LAMPY DO FOTOTERAPII Philips** | | | | | | | | |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 2. | LAMPA DO FOTOTERAPII Bili Tx 3158805 nr 16091 | Położniczo - Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | **Zadanie nr 15 B LAMPY DO FOTOTERAPII DRAGER** | | | | | | | | |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 3. | LAMPA DO FOTOTERAPII Photo-Terapie 8000/9402019 | Położniczo - Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 16 Defibrylatory LIFE PAK MEDTRONIC | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | LIFE PAK 15 nr 41476919 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | LIFE PAK 15 nr 42592579 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | LIFE PAK 12 nr 36183821 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | LIFE PAK 12 nr 38135761 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | LIFE PAK 12 nr 32656138 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | LIFE PAK 12 nr 38135772 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | LIFE PAK20 nr 34373384 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Life Pak 20 nr 43958348 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 17 Defibrylatory różne I | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | M-SERIES nr TO8H105057 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Biphasic nr 82687 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PIC /LETT / Ze stymulatorem nr 82875 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 17A Defibrylatory różne II | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ACLS/P/AC nr T08K107563 | PSYCHIATRIA B | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ACLS/P/AC nr T08K107564 | Rehab. Kardiologiczna | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 17B Defibrylatory PHILIPS | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | HEARTSTART MRx M 4735 A / US00571668 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | HEARTSTART CMS M 3536 A / US00324043 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 17C Defibrylatory EMTEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Defibrylator Defi Max bihasic nr 12140684 | CHIRURGIA OGÓLNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Defibrylator Defi Max bihasic nr 10140661 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Defibrylator Defi Max bihasic nr 10130545 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  | | | | | | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 17D Defibrylatory różne III |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | M-SERIES nr TO8H105057 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Biphasic nr 82687 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 18 Aparat do dializ | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | APARAT DO DIALIZ PRISMAFLEX S/N PA 4543 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 19 CPAP | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Respirator CEPAP MR 410 / nr 97RDEEG003C5 | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 19A Infant Flow | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Infant Flow urządzenie do wspomagania oddechu SI PAP | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 19B Respirator Benett | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Respirator Benett / 7200 / nr 9280205 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 19C Respirator Bear | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Respirator Bear 1000 nr 10061120 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 19D Stanowisko do resuscytacji noworodków | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Stanowisko do resuscytacji noworodków + wyposażenie dodatkowe / NM 01725 | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 20 INKUBATORY DRAGER | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | INKUBATOR / C2000 / LK20222 / z wymianą czujników tlenu 2 szt | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | INKUBATOR /C2000 / LK20223 / z wymianą czujników tlenu 2 szt | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | INKUBATOR / C2000 / LK20226 / z wymianą czujników tlenu 2 szt | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | INKUBATOR / C2000 / LK20225 / z wymianą czujników tlenu 2 szt | Pediatrii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 20A INKUBATORY UNIMED | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | INKUBATOR-STANOWISKO INFAAUT/ IWS340 / HCCD50174 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | INKUBATOR OTWARTY/ SNR 10M / 18-038 | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | INKUBATOR OTWARTY/ SNR 10 / 17-084 | Położ.-Nowor. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 21 Respiratory ENGSTROM | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | RESPIRATOR ENGSTROM / CBCQ00539 / 2012 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | RESPIRATOR ENGSTROM / CBCT022608 / 2014 | Neurologiczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 22 POMPY PRÓŻNIOWE BUSCH | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | POMPA PRÓŹNIOWA/ typ RA 0160 D 501 QLXX nr C024 1000 390 | Pomieszczenie poziom -1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | POMPA PRÓŹNIOWA/typ RA 0160 D 501 QLXX nr C024 1000 389 | Pomieszczenie poziom -1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 23 Sprężarki CompAir | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SPRĘŻARKA NR 1 10349027-0291 | Pomieszczenie 046 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | SPRĘŻARKA NR 2 10349027-0292 | Pomieszczenie 046 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 24 PULSOKSYMETRY NOVA METRIX | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-22696 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-23446 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-15687 | Połoźniczo-Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-5903 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-22208 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-22236 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | PULSOKSYMETR MODEL 520A nr 77-6521 LPRA | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24A PULSOKSYMETRY NONIN | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR / Risk Class 2 nr 500798878 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | PULSOKSYMETR / Risk Class 2 nr 500276905 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PULSOKSYMETR / Risk Class 2 nr 102904069 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | PULSOKSYMETR / Risk Class 2 nr 500798877 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24B PULSOKSYMETRY VOTEM | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR nr 0A412A0131 C30 PLUS | PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24C PULSOKSYMETRY NELCOR | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR MODEL N 395 nr G02807643 | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24D PULSOKSYMETRY MASIMO | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR RAD 8 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | PULSOKSYMETR RAD 8 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PULSOKSYMETR RAD 8 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24E PULSOKSYMETRY J&MEDICAL | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR / MD 300 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | PULSOKSYMETR / MD 300 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PULSOKSYMETR / MD 300 | ZESPOŁY WYJAZDOWE | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 24F PULSOKSYMETRY BEIJING CHOICE ELECTRONIC TECHNOLOGY | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PULSOKSYMETR / MD2000A / nr 09371160139 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | PULSOKSYMETR / MD2000A/ nr 09371160137 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | PULSOKSYMETR / MD2000A / nr 124711600200 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | PULSOKSYMETR / MD2000A / nr 124711600200 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | PULSOKSYMETR MODEL MD2000A | GINEKOLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 SPRZĘT REHABILITACYJNY ACCURO | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | TERAPUS INFRA / 243 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | TERAPUS 2 nr 2639 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | TERAPUS 2 ( laser scaner ) nr 4447 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | TERAPULS ( laser biostymulacyjny ) / TERAPUS 2 / nr 0468 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25A SPRZĘT REHABILITACYJNY MENTREL ELEKTRONIC | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Sonicator 740 / 58XUB1369 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25B SPRZĘT REHABILITACYJNY ASTAR ABR | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MAGNETRONIC MAGNER- PLUS 2.2 / MP-07/06/06 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | LASER POLARIS 2 nr 0468 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25C SPRZĘT REHABILITACYJNY E i E OTWOCK | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | DIATRONIK / DT-10B 942 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | DIATRONIC / DT-10B 550 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | MAGNETRONIC MF12 50 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | MULTITRONIC (aparat do elektroterapii) / MT3 nr 587 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | DIATRONIC/ DT-10B nr 943 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | DIATRONIC / DT-10B nr 560 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | MAGNETRONIC MF10 nr 2557 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | MULTITRONIC MT-3 nr 583 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25D SPRZĘT REHABILITACYJNY CRYOFLEX | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | APARAT DO KRIOTERAPII / CRYO-T [ CO² ] / CT-1181 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | APARAT DO KRIOTERAPII CRYO-T nr 568.03 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25E SPRZĘT REHABILITACYJNY MARP ELECTRONIC | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MADYN (aparat do elektroterapii) / D61 nr 61280 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 25F SPRZĘT REHABILITACYJNY TECHNOMEX PHU GLIWICE | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SANISOL BS (lampa z promieniowaniem IR i UV) BS /nr 10007 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25G SPRZĘT REHABILITACYJNY ASTAR ABR | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | LUMINA ( lampa do naświetlań ) / VER 3.1 / SL-01/09/04-T | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25H SPRZĘT REHABILITACYJNY | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MULTITRONIC (aparat do elektroterapii) / MT3 nr 587 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 I SPRZĘT REHABILITACYJNY METRUM CRYOFLEX | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | CRYO-ELEPHANT nr CTEH 084 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | APARAT DO KRIOTERAPII CRYO-T nr 568.03 | Fizjoterapii NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CRYO-ELEPHANT nr 84 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 J SPRZĘT REHABILITACYJNY | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STIMUTUR 601 / TUR 601 nr 01050 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 K SPRZĘT REHABILITACYJNY BTL POLSKA SP. z o.o. | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | BTL-5000 nr 501-0387922 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | BTL-4625 TOPLIN nr 4000-0389973 |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | BTL 16 PLUS nr 1C0275009 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | BTL-4000 Topline / BTL-4625 nr 4000-0389973 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | BTL-5000 / BTL5820 LM nr 5001-038792 | Dział Fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | BTL-16 PLUS / STÓŁ WYCIĄGOWY BTL-4225/ IC0275009 | SALA GIMNASTYCZ na rehabilitacji | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 L SPRZĘT REHABILITACYJNY | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | DONATELLO CLASIC nr 2080106587 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ULRTRASONIK ( ultradźwięki ) / TYP 2776 / nr T21673 Intelekt Mobile [ CHATTANOOGA ] | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 Ł SPRZĘT REHABILITACYJNY TUR | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STIMUTUR 601 nr 01050 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 M SPRZĘT REHABILITACYJNY ARIES | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STÓŁ REHABILITACYJNY STÓŁ SIEDMIOSEKWENCYJNY | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | STÓŁ REHABILITACYJNY 3-SEKCYJNY nr 6905/S42 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | WIOŚLARZ - STÓŁ REHABILITACYJNY nr NO 4997181 | Dział fizjoterapii | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 N SPRZĘT REHABILITACYJNY REHA+ | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STÓŁ REHABILITACYJNY 3-SEKCYJNY | SALA GIMNAST. rehabilitacji | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | STÓŁ REHABILITACYJNY 3-SEKCYJNY nr 353/011 | SALA GIMNAST. rehabilitacji | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | STÓŁ REHABILITACYJNY 1-SEKCYJNY nr S/0045/211 | SALA GIMNAST. rehabilitacji | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 O SPRZĘT REHABILITACYJNY KETLLER | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | BIEŹNIA TRACK PORFOMANCE nr 17451964 | REHAB.KARDIO-LOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | URZĄDZENIE DO ĆWICZEŃ KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH ( ORBITREK ) 07650-000- 1-97W-1804 | REHABILITACYJNY SALA CWICZEŃ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 P SPRZĘT REHABILITACYJNY KINESIS | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STÓŁ REHABILITACYJNY / S-E 2 / SR-EL nr 79 / 2013 | REHAB.KARDIO-LOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 25 R SPRZĘT REHABILITACYJNY | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | BIEŹNIA / Model 84712200 Runnig Track 400 / 201307082028 | SALA GIMNAST. rehabilitacji | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 26 ZESTAW LAPAROSKOPII AESKULAP BRAUN | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | LAPAROSKOP z WYPOSAŻENIEM / PV 890 / 1156 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | DIATERMIA / GN 300 / SW 5663 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | WÓZEK / PW590 / 1156 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | MONITOR / SC-WU23-A1511/PV 944 / 09-140305 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | INSUFLATOR CO2 / PG080 / 0909 CE239 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA / OP932 / 2412 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | POMPA PŁUCZĄCA / PG 070 / 0910 /CE 007 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | POMPAHISTEROSKOPAWA / PG 55 / 0910 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA / OP932 / 2412 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | POMPA PŁUCZĄCA / PG 070 / 0910 /CE 007 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | POMPAHISTEROSKOPAWA / PG 55 / 0910 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | KAMERA PV 420 / 1435M | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 27 Respiratory RescuPac Smiths | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | Respirator RescuPac 2DM nr 0906211 | ZESP. RAT. MED. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Respirator RescuPac 2DM nr 0906196 | ZESP. RAT. MED. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………..  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 28 Kardiotokograf ( KTG )Bionet Co.,Ltd | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KTG FC-700 FI0500104 | POŁOŻN-NOWOROD. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | KTG FC-700 FI0500105 | POŁOŻN-NOWOROD. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | KTG FC-700 FI0500106 | POŁOŻN-NOWOROD. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | KTG FC-700 FI0500107 | POR. GINEK.-POŁOŻNICZA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 28A Kardiotokograf ( KTG )Contect-Medical | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KTG CMS-800 nr 0620681 B | POŁOŻN-NOWOROD. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 28BKardiotokograf ( KTG )Medical system | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KTG CMS 800 nr 0650859 B | POŁOŻN-NOWOROD. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 28CKardiotokograf ( KTG )Corometrics | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | M151 03900939 | Oddział ginekologiczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 29 Napęd drzwi automatycznych | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | Napęd rozwieralny drzwi automatycznych | BLOK OPERACYJNY | 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30 DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI TEHAND | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Myjnia .................nr 54662-10 | Chirurgia urazowa | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Myjnia .................nr 53815-09 | Chirurgia ogólna | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Myjnia w izolatce...... nr 53784 -09 | Chirurgia ogólna | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Myjnia..................nr 54616 | Wewnętrzny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Myjnia w izolatce...... nr 52207-08 | Wewnętrzny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Myjnia .................nr 54633-10 | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Myjnia .................nr 53816-09 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Myjnia w izolatce ......nr 51609-08 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Myjnia .................nr 53813-09 | ODDZIAŁ GINEKOL. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Myjnia BEDPAN......nr 51892-08 | ODDZIAŁ POŁOŻN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Myjnia ...............nr 61580 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Myjnia ...............nr 61581 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Myjnia ...............nr 61582 | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30A DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI ASBER | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Zmywarka do naczyń „ asber „ nr 0704096 LABP-640 | ODDZIAŁ REHABIL. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30B DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI FAGOR | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Zmywarka do naczyń.....FAGOR FI 30 | ODDZIAŁ POŁOŻN | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30C DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI EDESSA | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Zmywarka do naczyń ....E EDESSA LF-600M | Chirurgia ogólna | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zmywarka do naczyń ....E EDESSA LF-600M | Chirurgia urazowa | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Zmywarka do naczyń ....E EDESSA LF-600M | Wewnętrzny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Zmywarka do naczyń ....E EDESSA LF-600M | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Zmywarka do naczyń ....E EDESSA LF-600M | Oddział ginekologiczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30D DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI RM GASTRO | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Zmywarka do naczyń .........REDFOX | NEUROLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zmywarka do naczyń nr 916668 REDFOX | Psychiatria A, B, OTUA, REH.KARDIO | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30E DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI STELCO | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Myjnia ..................Steelco BP-100HA | ODDZIAŁ REHABIL. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30F DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI ANMED | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Myjnia dezynfekator przelotowa DS 600/2 | Blok operacyjny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płuczka dezynfekator AF2.60 PE.G. | Blok operacyjny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 30G DEZYNFEKATORY I ZMYWARKI ULTRATR | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MYJNIA ULTRADZWIĘKOWA „ULTRATR” U509 | PRAC.ENDOSKOPOWA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 31 APARAT USG GE HEALTHCARE | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | LOGIQ P6 nr 273427SU5 | PRACOWNIA USG / I PIĘTRO CH. OGÓLNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 31A APARAT USG GENERAL ELECTRIC | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | VIVID S5 ECHOKARDIOGRAF nr 2134VS5 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | LOGIQ P5 nr 9273 OSU1 | POR. GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | 3PRO/AY-15CU1 nr 44285WS5 | GINEKOLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | VIVID3 ECHOKARDIOGRAF 2347804-3 nr P2646 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 31B APARAT USG TOHIBA MEDICAL SYSTEM | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | TOHIBA XG SSA-580A nr 55600A00E | PRACOWNIA USG i PORADNIA PRELUKSACYJNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 31C APARAT USG HONDA ELEKTRONIC | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | USG HS-200 nr 025 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 31D APARAT USG SIEMENS | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | USG si 450 nr 5149E38 | PORADNIA UROLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 32 APARAT MIERNIK BIRUBINY DRAGER | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | MIERNIK BILIRUBINY JM-103 / 3205453 | Połoożniczo – Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | MIERNIK BILIRUBINY JM-103 / 3202526 | Połoożniczo - Noworodkowy | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33 SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI AGA LABOR | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY SU-2 / 20753 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33A SPRZĘTY MEDYCZNE ITALIANMEDICAL | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY SU-2 / 1031163 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | SSAK RĘCZNY / 729124372 | SSAK RĘCZNY / 729124372 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | SSAK RĘCZNY / 729124371 | SSAK RĘCZNY / 729124371 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33B SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI EVESMEDICAL | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY M-20 / 140349 | ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33C SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI OGARIT | |  |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY SO-4 / 0104 /379/ 07 | ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33D SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI BOSCAROL | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK OB2012 / BSU 158 / 1000910098 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | SSAK OB2012 / BSU 158 / 1000910068 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | SSAK OB1000 / BSU 204 / 20006110409 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | SSAK OB1000 / BSU 220 / 1000910085 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | SSAK OB1000 / BSU 220 / 2000710190 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33E SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI ASPIRATOR | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY OSF039203 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33F SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI CAMI | |  |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY / New Askir 30 / 42831 | REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33G SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI OGARIT | |  |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY NR1031167 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 33H SPRZĘTY MEDYCZNE SSAKI MEDICAL | | |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK ELEKTRYCZNY NR16913-1759/59 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 33I SPRZĘTY MEDYCZNE | |  |  |  |  |  | |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SSAK BASIC / ACCUVAV / 11552 | ZESOŁY RATOWNICTWA MEDYCZN. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 34 SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE NELLCOR | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | System ogrzewania pacjenta NELLCOR / 2006 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34A SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE GAYMAR | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | System ogrzewania pacjenta TC 3003 / 2011 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34B SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE MES Sp. Z o.o. | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SPIROMETR LUNGTEST | POR.CHORÓB PŁUC | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | SPIROMETR KOKO | POR.CHORÓB PŁUC | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34C SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE PRECOPTIC | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | REKTOSKOP NR 1315220 HK 700 | POR.CH.OGÓLNEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34D SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE KENDRO-LAB | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | CIEPLARKA B6060 / 40779830 | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 34E SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE CLE | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA CLE165 NR 7800963 | PRACOWNIA ENDOSKOPII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34F SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE BOB-OM | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | AMNIOSKOP NR 01500408 BOB-OM | POŁ.NOWOR. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AMNIOSKOP NR 03301108 BOB-OM | POŁ.NOWOR. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34G SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE ANIMEC | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | Podgrzewacz do płynów 122 / 2-033 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Podgrzewacz do płynów 123 / 2-033 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Podgrzewacz do płynów 124 / 2-033 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH / 07330096 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34H SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | WIERTARKA CHIRURGICZNA OSCYLACYJNA | POR.CH. URAZOWEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 34I SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | WIERTARKA CHIRURGICZNA OSCYLACYJNA | POR.CH. URAZOWEJ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 34J SPRZĘTY MEDYCZNE RÓŻNE Medical Device | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH /ET-TF /**110302951** | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 35 ŁÓŻKA REHABILITACYJNE STOLTER | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ŁÓŻKA REHABILITACYJNE FALCOM 7 | CHIRURGIA URAZOWA | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ŁÓŻKO REHABILITACYJNE SETA | SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | ŁÓŻKA REHABILITACYJNE | NEUROLOGIA | 18 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 35A ŁÓŻKA REHABILITACYJNE DELTO | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ŁÓŻKA PORODOWE WPC-220BM | POŁOŻNICZY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 35B ŁÓŻKA REHABILITACYJNE FAMED ŻYWIEC | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ŁÓŻKA PORODOWE | POŁOŻNICZY | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ŁÓŻKA REHABILITACYJNE PB-15.1 | OIT | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 35C ŁÓŻKA REHABILITACYJNE METALOWIEC | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ŁÓŻKA REHABILITACYJNE | REHABILITACJA | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 36 STOŁY OPERACYJNE ( 3 ZESTAWY ) i PODZESPOŁY WSPÓŁPRACUJĄCE ZE STOŁAMI OPERACYJNYMI FAMED ŻYWIEC | | | | | | | | | |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PODSTAWA STOŁU PS 04.0 3 szt. / nr 00304, 00305, 00306 PODSTAWA BLATU BL 04.1 4 szt. Nr 00071, 00072, 00073,00074 PODSTAWKA SO-11.04 / nr 00311 PODSTAWKA DO BARKU nr 0614/00045 WÓZEK DO TRANSPORTU BLATU 4 szt. | BLOK OPERACYJNY | w/g opisu w tabeli |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 37 DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA ERBE | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA ES 300 / 30466 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA ES 300 / 30486 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.. | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA SPEKTRUM / 500503 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA ES 300 / 10128-071 | PRACOWNIA ENDOSKOPOWA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 38 APARAT DO BADANIA SŁUCHU SPEECH | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | AP. DO BADANIA SŁUCHU / AUDIO TYMPANOMETR / AA222 nr 0914882 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 38A APARAT DO BADANIA SŁUCHU DEINMARK | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | AP. DO BADANIA SŁUCHU / CLINAR AUDIOMETR /AC30 nr4822 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 39 MIKROSKOP ZABIEGOWY LARYNGOLOGICZNY ZEISS | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | MIKROSKOP ZABIEG. LARYNGOL. / OPMI 1nr 55192 / 1998 | PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 40 PROCESOR OBRAZU Z OSPRZĘTEM I OLYMPUS | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PROCESOR VIDEO CV-165 EVIS EXERA II / nr 7811157 | PRACOWNIA ENDOSKOPII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | ŻRÓDŁO ŚWIATŁA EVIS EXSERA II CLE-165 /nr 7800963 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | MONITOR LCD OEV 191 / nr 7822630 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | POMPA OPF / nr 2817239 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | WÓZEK ENDOSKOPOWY WM-NP-1 / nr 2816371 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 41 MYJNIA DO ENDOSKOPÓW CYW-DUO | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | MYJNIA AUTOMATYCZNA DO ENDOSKOPÓW CYW-DUO nr 13 CU 012 | PRACOWNIA ENDOSKOPII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 42 PROCESOR OBRAZU Z OSPRZĘTEM II | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | PROCESOR OBRAZU ZE ŻRÓDŁEM ŚWIATŁA EPX-2500 nr 5U564D276 | PRACOWNIA ENDOSKOPII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | MONITOR LCD X190 nr CAX nr 19QV6C5000108 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | WÓZEK ENDOSKOPOWY EC 04-30E nr 0000LA142 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zadanie nr 43 REJESTRATORY, KARDIOSTYMULATORY SCHILLER | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 36 miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | REJESTRATOR HOLTEROWSKI / MT-101 / 300.05320 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | REJESTRATOR HOLTEROWSKI / MT-101 / 300.05321 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 43A REJESTRATORY, KARDIOSTYMULATORY ASPEL S.A. | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | REJESTRATOR CIŚNIENIA Hold Card / 1116 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 43B REJESTRATORY, KARDIOSTYMULATORY ITAM | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOSTYMULATOR MIP-811 / 663 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | KARDIOSTYMULATOR MIP-811 / 789 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 43C REJESTRATORY, KARDIOSTYMULATORY ESOFDC | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOSTYMULATOR ORMED / 170 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 43D REJESTRATORY, KARDIOSTYMULATORY BRAUN | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | STYMULATOR-STYMUPLEX HNS-12 / 050058 | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  | | | | | | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 44 ZESTAW ELEKTROENCEFALOGRAF ( EEG )ELMIKO | | | |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | ELEKTROENCEFALOGRAF ( EEG ) , DWUSTANOWISKOWY APARAT z WIDEOMETRIĄ. Monitor do stanowiska analizy. Monitor do stanowiska rejestracji. Monitor biofeedback – jednostka centralna. Stanowisko analizy i rejestracji, drukarka, kamera sony | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 45 WAGI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | WAGA ELEKTRYCZNA NIEMOWLĘCA /WPT15D / nr 103134 | IZBA PRZYJĘĆ, SOR | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | WAGA LEKARSKA / WPT 100/200 OW / 462576 | OTUA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | WAGA LEKARSKA / WL150 / 24161 | PORADNIA CHORÓB PŁUC | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | WAGA LEKARSKA / WPT 100/200 OW / 449708 | CHIRURGIA URAZOWO-ORTOPED. | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | WAGA LEKARSKA / WPT 100 / 200 | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | WAGA NIEMOWLĘCA /WPT 10 / 20 /307999 | Pediatryczny | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | WAGA LEKARSKA MENSOR / WE 200 / nr 140951 | NEUROLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | WAGA LEKARSKA / WPT 60/150 OW / 261599 | WEWNĘTRZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | WAGA NIEMOWLĘCA /WPT 6 / 15D / 260390 | GINEKOLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | WAGA LEKARSKA / WPT 100 / 200 OW / 260935 | GINEKOLOGICZNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | WAGA NIEMOWLĘCA /WPT 10 / 20 D / 2241116 |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | WAGA LEKARSKA / WL150 / 12381 |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | WAGA LEKARSKA / |  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | WAGA NIEMOWLĘCA /WPT 10 / 20 D / 2241116 | POŁOŻNICZO-NOWORODKOWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | WAGA LEKARSKA / WL150 / 12381 | REHAB. KARDIOL. SALA ĆWICZEŃ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | WAGA LEKARSKA / | REHAB. KARDIOL. SALA ĆWICZEŃ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | WAGA LEKARSKA / | REHAB. KARDIOL. SALA ĆWICZEŃ | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | WAGA LEKARSKA / SECA 795 / 57902116034 | REHABILITACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | WAGA SZALKOWA | APTEKA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | ODWAŻNIKI ŻELIWNE 1 x 5 kg, 1x 2 kg, 3 x1 kg, 3 x 0,5 kg | APTEKA | 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 46 WAGA ŁÓŻKOWA | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | WAGA ŁÓŻKOWA typ WE300P1 | NEUROLOGII | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |  |  | |  |  |
|  | Zadanie nr 47 ZESTAW REJESTRATORÓW ( HOLCARD 24 W )ASPEL S.A. | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | HOLTER HOLCARD 24W /BETA SYSTEM / 1110 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | REJESTRATOR HoLCARD CR07 / 1218 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | REJESTRATOR HoLCARD CR07 / 0035 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | REJESTRATOR HoLCARD CR07 / 0036 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | REJESTRATOR AsPEKT 702 / 0026 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | REJESTRATOR AsPEKT 812 / 0575 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | REJESTRATOR AsPEKT 702 / 0819 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | REJESTRATOR AsPEKT 812 nr0582 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 48 SZYNOWE REGULATORY SSANIA OXYLITRE | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | SZYNOWY REGULATOR SSANIA S713R / 11846011 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | SZYNOWY REGULATOR SSANIA S713R / 11846018 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | SZYNOWY REGULATOR SSANIA S713R / 1179024 | UDAROWY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 49 TONOMETR SCHIOTZA | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | TONOMETR SCHIOTZA / 65068 | PORADNIA OKULISTYCZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | TONOMETR SCHIOTZA / 87470 | PORADNIA OKULISTYCZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 50 BRONCHOFIBEROSKOP 5,6mm x 45 cm KARL STORZ-ENDOSKOPE | | | | | |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | BRONCHOFIBEROSKOP 5,6mm x 54cm:kanał roboczy 2,6 mm,110°,+180º/-100º / nr kat.11009BCK1 / nr serii 2197327 | OIT | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 51 CYSTO-URETROSKOP MEDEN-INMED | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | CYSTO-URETROSKOP KOMPAKTOWY ze ŻRÓDŁEM ŚWIATŁA nr 1100217962 | PORADNIA UROLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 52 APARAT DO UROFLOWMETRII MMS MEDICAL MEASUREMENT | | | | |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1 | APARAT DO UROFLOWMETRII / FLOWMASTER Nr 11352103 | PORADNIA UROLOGICZNA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 53 KARDIOMONITOR B20 GE. HEALTHCARE | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | KARDIOMONITOR B20 / SFG11350054WA | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | KARDIOMONITOR B20 / SFG13368747WA | ANESTEZJOLOGIA | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  | Zadanie nr 54 ARTROSKOP ARTREX | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lp. | Urządzenie | | Ilość sprzętu | Ilość przeglądów w ciągu 12miesięcy | Cena netto za j.m. | Wartość netto | VAT stawka | VAT kwota | Wartość brutto |  |
| Nazwa i typ urządzenia | Miejsce użytkowania sprzętu |  |
| Nr seryjny producent |  |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6=3x4x5 | 7 | 8 | 9=6+8 |  |
| 1. | ARTROSKOP ARTREX W ZESTAWIE: 1. Monitor medyczny HD 32 nr kat. AR3250-3201, nr ser. D 32014270129 2.Konsola SSynergy HD3 AR3200-0001T/FAE0020. 3. pompa artroskopowa Dual-Ware AR6480/NX7566VF. 4. Wózek 2799.800/2015-161 | BLOK OPERACYJNY | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| Cena netto | | | | | |  | Cena brutto | |  |  |
|  |  |  |  |  |  | …………………………………………...  Podpisy osób uprawnionych  do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |