**Załącznik nr 2.** [Opis przedmiotu zamówienia](http://szpital.sejny.pl/2011/08/zal_2_11_08.pdf)

**Zadanie nr 1.** **Zestaw do nieinwazyjnego wspomagania oddechu u noworodków metodą nCPAP.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wymagane parametry** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Aparat do wspomagania oddechu metodą nCPAP u noworodków i wcześniaków | TAK |  |
| 2. | Może być stosowany u wcześniaków o wadze od 0,5 kg | TAK |  |
| 3. | Wartościowy pomiar oddechu noworodka na wyświetlaczu urządzenia mierzony bezpośrednio w generatorku przy nosku noworodka | TAK |  |
| 4. | Co najmniej jeden tryb oddechowynCPAP | TAK |  |
| 5.  | Zasilanie elektryczne 230V, 50Hz ±10% | TAK |  |
| 6. | Wbudowany akumulator zapewniający działanie aparatu przez: min. 5 godz. | TAK |  |
| 7. | Zasilanie gazowe powietrze i tlen ze źródła o ciśnieniu 3,5 do 5 bar | TAK |  |
| 8. | Parametry oddechowe regulowane | TAK |  |
| 9. | Przepływ mieszaniny powietrza i tlenu regulowany płynnie - do 10 l/min | TAK |  |
| 10. | Stężenie tlenu 21 do 100% regulowane płynnie | TAK |  |
| 11. | Obrazowane parametry oddechowe: - Przepływ .- Stężenie tlenu w % - 21-100%- pomiar oddechu spontanicznego | TAK |  |
| 12. | Ciśnienie w układzie oddechowym zakres od 0 do12cmH2O | TAK |  |
| 13. | Wyposażony w alarmy akustyczne i optyczne | TAK |  |
| 14. | Alarm przekroczenia ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  |
| 15. | Alarm spadku ciśnienia w układzie oddechowym | TAK |  |
| 16. | Inne alarmy | TAK(opisać) |  |
| 17. | Wyświetlanie ciśnienia nCPAP, koncentracji tlenu oraz oddechu spontanicznego w postaci graficznej i cyfrowej na wyświetlaczu urządzenia  | TAK |  |
| 18. | Aparat wyposażony w wyjście RS232 | TAK |  |
| 19. | Automatyczny zapis trendów ciśnienia nCPAP | TAK |  |
| 20. | Stojak przejezdny z zestawem do montażu nawilżacza i aparatu do wspomagania oddechu  | TAK |  |
| 21. | Nawilżacz z układem automatycznej regulacji wilgotności – 1szt. | TAK |  |
| 22. | Układ oddechowy pacjenta z podgrzewanym ramieniem wdechowym (jednorazowy) – 5 sztuk | TAK |  |
| 23. | Generator nCPAP, jednorazowy, z ruchomym przegubem umożliwiającym podłączenie maski lub końcówki donosowej pod odpowiednim kątem względem noska pacjenta – 5 sztuk | TAK |  |
| 24. | Końcówka donosowa, jednorazowa, w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża - po 3 szt. z każdego rozmiaru | TAK |  |
| 25. | Maseczka donosowa w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża - po 2 szt. z każdego rozmiaru | TAK |  |
| 26. | Komora nawilżacza jednorazowa dla noworodków –5 szt. | TAK |  |
| 27. | Czapeczka do mocowania układu pacjenta w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża –po 2 szt. z każdego rozmiaru | TAK |  |
| **Pozostałe** |
| 1 | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 2. | Gwarancja minimum 24 m- cy | TAK |  |
| 3 | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt | TAK |  |
| 4 | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | TAK |  |
| 5. | Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
| 6. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi …… % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku:

brutto …………………… zł, słownie:.……………………………………………………………….

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto…………………..zł, słownie:…………………………………………………………………..

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł, słownie: ………………………………………………………………..

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 2.** **Wirówka laboratoryjna.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wymagane parametry** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Bezobsługowy silnik indukcyjny | TAK |  |
| 2. | Mikroprocesorowy układ programowania parametrów: prędkości obrotowej i czasu, zapewniający powtarzalność wyników badań  | TAK  |  |
| 3. | Wyświetlacz LCD aktualnych parametrów: prędkości, przyspieszenia i czasu | TAK  |  |
| 4. | Optymalizacja czasu rozpędzania i hamowania  | TAK |  |
| 5. | Szeroka gama wymiennych wirników i wyposażenia dodatkowego | TAK |  |
| 6. | Wirowanie w trybie „short” | TAK  |  |
| 7. | Zabezpieczenie przed niewyważeniem, otwarciem pokrywy podczas wirowania oraz przed uruchomieniem wirówki przy otwartej pokrywie  | TAK |  |
| 8. | Zasilanie: 230 V, 50 | TAK |  |
| 9. | Moc pobierana: 120 W | TAK |  |
| 10. | Maksymalna pojemność: 500 ml | TAK |  |
| 11. | Wirnik horyzontalny na 16 próbówek | TAK |  |
| 12. | Zakres obrotów: 300 ÷ 4000 min -1 | TAK  |  |
| 13. | Czas wirowania: 0-99 min | TAK |  |
| 14. | Certyfikaty: CE, zgodność z międzynarodowymi warunkami bezpieczeństwa EN- 61010-1 i EN-61010-2-020 | TAK  |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 16. | Gwarancja minimum 24 m- cy. | TAK  |  |
| 17. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt. | TAK |  |
| 18. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych. | TAK  |  |
| 19. | Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
| 20. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany. | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

1. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 3. Histeroskop diagnostyczno – operacyjny.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wymagane parametry** | **Opis oferowanego parametru** |
|  | Płaszcz diagnostyczny średnica 6,5 mm, długość robocza 270 mm, wyposażony w dwa zawory dopływowy i odpływowy obturator. | TAK |  |
|  | Płaszcz operacyjny średnica 6,5 mm wraz z kanałem roboczym 5 charr. | TAK  |  |
|  | W zestawie optyka o średnicy 4,0 mm, długość robocza 302 mm, kąt 30°, autoklawowalna. | TAK  |  |
|  | Kleszczyki biopsyjne średnica 5 charr, długość robocza 400 mm, obie bransze ruchome, symetryczne. | TAK |  |
|  | Sterylizacja parą wodną. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 m-cy. | TAK |  |
|  | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt | TAK |  |
|  | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | TAK  |  |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
|  | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 4. Transporter do bezpiecznego przewozu pacjentów.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wymagane parametry** | **Opis oferowanego parametru** |
| 1. | Transporter do bezpiecznego przewozu pacjentów o wadze do 8 kg. | TAK |  |
| 2. | Wykonany bez zastosowania metalu, przepuszczalny dla promieni rentgena oraz kompatybilny z rezonansem magnetycznym. | TAK  |  |
| 3. | Zewnętrzna powłoka transportera wykonana z lekkiego włókna karbonowego wyściełanego pianką absorbującą oraz posiada pokrywę umożliwiająca monitorowanie dziecka. | TAK  |  |
| 4. | Wyposażony w materac próżniowy, pasy mocujące, które zabezpieczają urządzenie oraz pasy zabezpieczające dziecko wewnątrz transportera podczas transportu. | TAK |  |
| 5. | Jednorazowy materac transportowy. | TAK |  |
| 6. | Wymiary: 1000 mm – długość, 430 mm – szerokość, 300 mm – wysokość. Waga urządzenia – 9,5 kg. | TAK  |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 8. | Gwarancja minimum 24 m- cy. | TAK |  |
| 9. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt | TAK  |  |
| 10. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | TAK |  |
| 11. | Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
| 12. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

* 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
	2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 5. Fantom**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Model (tors) do ćwiczeń oddychania i masażu serca | TAK |  |
| 2. | Program szkoleniowy z resuscytacji | TAK  |  |
| 3. | Wbudowane przyrządy pomiarowe | TAK  |  |
| 4. | System higieny chroniący ćwiczących bez potrzeby dezynfekcji wnętrza manekina | TAK |  |
| 5. | Realizm wentylacji – wyczuwalny wydech, unoszący się brzuch przy wdmuchnięciu do żołądka | TAK |  |
| 6. | Regulowana sztywność klatki piersiowej | TAK  |  |
| 7. | Ręczna symulacja tętna na tętnicy szyjnej | TAK |  |
| 8. | Tętno samoczynnie aktywowane podczas prawidłowego uciskania klatki piersiowej | TAK |  |
| 9. | Zespół mechanicznych wskaźników kontrolujących objętość oddechu, wdmuchnięcie powietrza do żołądka, głębokość ugięcia klatki piersiowej oraz niewłaściwe ułożenie rąk | TAK |  |
| 10. | Złącze i program do analizy resuscytacji na komputerze | TAK |  |
| 11. | Możliwość mocowania kończyn | TAK |  |
| 12. | Zestaw 5 masek i 100 torebek dróg oddechowych | TAK  |  |
| 13. | Torba do przenoszenia po rozłożeniu tworząca matę | TAK |  |
| 14. | Serwis: autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce | TAK  |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 16. | Gwarancja minimum 24 m- cy | TAK |  |
| 17. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt | TAK |  |
| 18. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | TAK |  |
| 19. | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK  |  |
| 20. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |
|  |  | TAK  |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 6. Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa |
| 1. | Dostosowanie do strzykawki o obj. (10ml; 20ml;50ml)  | TAK |  |
| 2. | Praca pompy musi odbywać się także poza siecią zasilającą | TAK |  |
| 3. | Prosta obudowa ułatwiająca dezynfekcję | TAK |  |
| 4. | Pompa ma być dwustrzykawkowa (2-torowa) | TAK |  |
| 5. | Posiada uchwyt mocujący pompę do stojaka | TAK |  |
| 6. | Posiada możliwość zaprogramowania/ nastawienia: -szybkości (zakres 0,1 ml/godz -200 ml/godz)-objętości infuzji (objętość do wydozowania),-alarm końca infuzji | TAK |  |
| 7. | Zasilanie 230V 50Hz | TAK |  |
| 8. | Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki | TAK |  |
| 9. | Bolus manualny i automatyczny | TAK |  |
| 10. | Programowana szybkość podaży Bolusa | TAK |  |
| 11. | Czas pracy z akumulatora min 10h przy inf 5 ml/h | TAK |  |
| 12. | Uchwyt do przenoszenia pompy (rączka) nie wymagający demontażu przy przenoszeniu pomp | TAK |  |
| 13. | System alarmów:-nieprawidłowe mocowanie strzykawki,-pusta strzykawka,koniec infuzji,-akumulator rozładowany,-okluzja,-pompa uszkodzona | TAK |  |
| 14. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
| 15. | Załączyć instrukcję obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 16. | Załączyć deklarację zgodności, Certyfikat CE, Zgłoszenie / Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 18. | Gwarancja minimum 24 m- cy | TAK |  |
| 19. | Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt | TAK |  |
| 20. | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych | TAK |  |
| 21. | Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu. | TAK |  |
| 22. | Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany | TAK |  |

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): …………………………………………………

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): ……………………………………………………

Podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi …… % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku:

brutto …………………… zł, słownie:.……………………………………………………………….

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł słownie: ………………………………………………………………..

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto…………………..zł, słownie:…………………………………………………………………..

netto: ……………. zł, słownie:……………………………………………………………………….

podatek VAT ……………zł, słownie: ………………………………………………………………..

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

 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy