**Pakiet nr 6a– Płyny do ciągłych terapii nerkozastępczych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wyrobu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Kwota** **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa Producenta**  | **Numer katalogowy** |
| 1. | 4% cytrynian sodu w workach 1000 ml, 7 worków w opakowaniu | 80 opakowań= 560 worków |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Dializat Ci-Ca K2 w dwukomorowych workach 5,0 l, pakowany po 2 worki | 1 200 worków |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

**Wymagana jest pełna kompatybilność oferowanego sprzętu jednorazowego z aparatem Multifiltrate.**

Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości niż podane w pakiecie.

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

………………………………………..

 Miejscowość i data

 ……………………………………………………………………

 (Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

 **Pakiet nr 6b – Materiały eksploatacyjne do urządzenia Multifiltrate.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wyrobu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Kwota** **VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa Producenta**  | **Numer katalogowy** |
| 1. | Zestaw do ciągłej, wysokoobjętościowej żylno – żylnej hemofiltracji Ci-Ca kasety CVVHD | 50 kaset |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Worki na filtrat 10 l z zaworem spustowym  | 30 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Igły plastikowe typu Spike o długości 72 mm 1 opakowanie | 1 opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Cewniki dwukanałowe silikonowe dializacyjne:średnica 11,5 F x 15 cmśrednica 13,5 F x 15 cm | 10 sztuk6 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Zestaw do plazmaferezy | 5 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Rozdzielacz 2 x 4 | 5 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

**Wymagana jest pełna kompatybilność oferowanego sprzętu jednorazowego z aparatem Multifiltrate.**

Zamawiający zastrzega zakup mniejszych ilości niż podane w pakiecie.

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

………………………………………..

 Miejscowość i data

 ……………………………………………………………………

 (Podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)