**Załącznik nr 5. Formularz wymaganych parametrów.**

**zadanie nr 1. aparat do znieczulania.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
|  | Zasilanie 230 V 50 Hz |  |
|  | Wbudowany blat/pólka do pisania  |  |
|  | Zintegrowane z aparatem oświetlenie przestrzeni roboczej |  |
|  | Min. 3 szuflady na drobne akcesoria |  |
|  | Mobilny aparat, cztery koła jezdne, blokada wszystkich kół aparatu, podest na stopy operatora |  |
|  | Fabryczny uchwyt 10 l butli rezerwowych zgodnych z PN, tlenowej i podtlenku azotu na tylnej ścianie aparatu |  |
|  | Min. 4 dodatkowe gniazda elektryczne 230V na tylnej ścianie aparatu umożliwiające podłączenie dodatkowych urządzeń |  |
|  | Zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej, wtyki typu AGA |  |
|  | Awaryjne zasilanie gazowe z butli (N2O, O2), reduktory (bez butli) w komplecie |  |
|  | Manometry dotyczące ciśnienia z sieci centralnej oraz osobne dla butli rezerwowych na panelu przednim aparatu |  |
|  | Zasilanie awaryjne aparatu na min. 90 minut; akumulator doładowywany w czasie pracy; wskaźnik poziomu naładowania na ekranie respiratora |  |
|  | Uchwyty 2 parowników mocowanych jednocześnie – system Draeger |  |
|  | Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie |  |
|  | **System dystrybucji gazów** |  |
|  | Precyzyjne przepływomierze mechaniczne dla tlenu, podtlenku azotu, powietrza.Zakres min. tlen, powietrze: 0-15 l/min; N2O: 0-10 l/min |  |
|  | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu na poziomie min. 21% |  |
|  | Dostosowanie do znieczulania z niskimi przepływami |  |
|  | **Układ oddechowy** |  |
|  | Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci |  |
|  | Układ oddechowy fabrycznie podgrzewany |  |
|  | Możliwość podłączenia układów bezzastawkowych, osobne wyjście bez konieczności rozłączania układu okrężnego |  |
|  | Obejście tlenowe (bypass tlenowy) o wydajności min. 25 l/min. |  |
|  | Dodatkowy, zintegrowany z aparatem niezależny przepływomierz O2 do podaży na maskę lub wąsy tlenowe, zakres: 0-15 l/min |  |
|  | Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa |  |
|  | Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej o pojemności min. 1,5 l. Możliwość wymiany pochłaniacza w czasie pracy bez rozszczelnienia układu. Sygnalizacja odłączenia pochłaniacza. |  |
|  | Wizualizacja zastawek wdechowej i wydechowej w układzie okrężnym. Możliwość demontażu do czyszczenia i sterylizacji.  |  |
|  | Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną |  |
|  | Respirator anestetyczny napędzany pneumatycznie, sterowany mikroprocesorowo |  |
|  | **Tryby wentylacji** |  |
|  | Tryb ręczny wentylacji |  |
|  | Wentylacja kontrolowana objętością VCV |  |
|  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PCV |  |
|  | Wentylacja w trybie SIMV (VCV, PCV) |  |
|  | Tryb wentylacji PSV z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu |  |
|  | **Regulacje** |  |
|  | Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP (podać zakres) min. 4 do 30 cmH2O |  |
|  | Reg. Stosunku wdechu do wydechu – podać zakres, min 1:8 do 4:1 |  |
|  | Reg. czasu wdechu (podać zakres), min. 0,5 – 5 sek. |  |
|  | Reg. częstości oddechu (podać zakres) min 4 do 90 odd./min |  |
|  | Reg. ciśnienia wdechowego od min 5 do 60 cmH2O |  |
|  | Reg. ciśnienia wspomagania od min 5 do 60 cmH2O |  |
|  | Reg. Objętości oddechowej (podać zakres) min: 20 – 1500 ml |  |
|  | Reg. pauzy wdechowej w zakresie min 5-60% |  |
|  | Reg. czułości wyzwalania przepływowego w zakresie min. 0,5 - 15 l/min |  |
|  | Reg. czułości wyzwalania ciśnieniowego w zakresie min. 1 - 15 cmH2O |  |
|  | **Alarmy** |  |
|  | Alarm niskiej i wysokiej objętości minutowej MV |  |
|  | Alarm niskiej i wysokiej objętości pojedynczego oddechu TV |  |
|  | Alarm niskiej i wysokiej częstości oddechów f |  |
|  | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego |  |
|  | Alarm braku zasilania w energię elektryczną |  |
|  | Alarm Apnea |  |
|  | Alarm minimalnego i maksymalnego stężenia tlenu |  |
|  | Alarm nieprawidłowego montażu lub odłączonego pochłaniacza CO2 |  |
|  | Automatyczny zapis z możliwością łatwego odczytu min. 100 ostatnich komunikatów o alarmach i błędach |  |
|  | **Pomiar i obrazowanie** |  |
|  | Pomiar objętości oddechowej TV |  |
|  | Pomiar objętości minutowej MV |  |
|  | Pomiar częstotliwości oddechowej f |  |
|  | Ciśnienia szczytowego |  |
|  | Ciśnienia Plateau (wartość cyfrowa) |  |
|  | Ciśnienia średniego  |  |
|  | Ciśnienia PEEP (wartość cyfrowa) |  |
|  | Stężenia tlenu wdechowego |  |
|  | Krzywa ciśnienia i krzywa przepływu w funkcji czasu wyświetlane na ekranie aparatu przy wentylacji mechanicznej i ręcznej |  |
|  | Możliwość wyświetlania pętli oddechowych: ciśnienie/objętość, przepływ/objętość i przepływ/ciśnienie. Możliwość zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania min. 4 wyświetlonych pętli spirometrycznych.Pomiar z wyświetlaniem oporów i podatności dróg oddechowych |  |
|  | Kolorowy ekran respiratora, przekątna min. 10,4’’, wbudowany w korpus aparatu  |  |
|  | Obsługa respiratora za pomocą pokrętła funkcyjnego i ekranu dotykowego |  |
|  | Automatyczna kompensacja dopływu świeżych gazów w trakcie pracy |  |
|  | Pomiar podatności układu oddechowego wraz z automatyczną kompensacją w czasie pracy |  |
|  | Trendy graficzne i tabelaryczne min. dla TVe, MV, Ppeak, Plateau, PEEP, f, CO2. Trendy z min. 24 godz. |  |
|  | Stale wyświetlana na ekranie aparatu aktualna data i czas oraz wbudowany stoper umożliwiający monitorowanie czasu trwania zabiegu |  |
|  | **Kapnografia z analizą gazów anestetycznych i pomiarem stężenia tlenu****(moduł aparatu)** |  |
|  | Pomiar stężenia CO2 (wdechowe i wydechowe) |  |
|  | Pomiar stężenia tlenu (wdechowe i wydechowe) za pomocą czujnika paramagnetycznego. Nie dopuszcza się czujników galwanicznych. |  |
|  | Monitorowane gazy anestetyczne: izofluran, enfluran, sewofluran, desfluran (automatyczna identyfikacja środka) |  |
|  | Wyświetlanie krzywej kapnograficznej  |  |
|  | Obliczanie i wyświetlanie wartości MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta |  |
|  | **iNNE** |  |
|  | Jeden ssak injektorowy z regulacją siły ssania, napędzany sprężonymi gazami (powietrze) z butlą wielorazowego użytku o pojemności min 1,0 l |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch parowników (do wyboru sevofluranu / izofluranu ze złączem Selectatec) |  |
|  | Komunikacja całego systemu z użytkownikiem w języku polskim |  |
|  | Aparat i monitor jednego producenta |  |
|  | **Monitorowanie zwiotczenia mięśniowego** |  |
|  | Funkcja pomiaru NMT (moduł lub oddzielne urządzenie |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące  |  |
|  | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny – podać adres, tel. |  |

Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………

Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………

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

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 2. Wideolaryngoskop.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Kolorowy ekran 3,5˝, rozdzielczość 640 x 480. |  |
| 2. | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach (lewo/prawo: 270°, góra/dół: 120°. |  |
| 3. | Możliwość rejestracji zdjęć i filmów, pamięć 4GB (3500 zdjęć lub 2h wideo). |  |
| 4. | Kamera: 2 Mpixele, źródło światła wbudowana dioda LED 800 lux. |  |
| 5. | Funkcja anti-fog, po włączeniu gotowy do pracy. |  |
| 6. | Wbudowany port MicroUSB. |  |
| 7. | Akumulator litowo-jonowy, czas pracy: 2 godziny ciągłego użytkowania. |  |
| 8. | Łyżki metalowe, wielorazowe do sterylizacji (moczenie w płynach dezynfekcyjnych, sterylizacja niskotemperaturowa: gaz lub plazma) |  |
| 9. | Łyżka Mill 00, łyżka wielorazowego użytku, z wbudowaną kamera współpracującą z wideolaryngoskopem.  |  |
| 10. | Łyżka Mill 0, łyżka wielorazowego użytku, z wbudowaną kamera współpracującą z wideolaryngoskopem. |  |
| 11. | Zestaw dostarczony w walizce. |  |
| 12. | Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). |  |
| 13. | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 14. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………

Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………

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

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 3. Podpórki barkowe.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Podpórki barkowe, para. |  |
| 2. | 2 klamry. |  |
| 3. | 2 pręty mocujące do zainstalowania poduszek w poziomie lub w pionie.  |  |
| 4. | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 5. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………

Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………

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

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 4. Wózek do przewożenia chorych.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wymiary zewnętrzne ok. 87 x 218,5 cm. |  |
| 2. | Wymiary leża ok. 70 x 200 cm. |  |
| 3. | Wysokość materaca ok. 8 cm. |  |
| 4. | Bezpieczne obciążenie robocze ok. 200 kg. |  |
| 5. | Maksymalna waga pacjenta do 120 kg. |  |
| 6. | Prześwit do podłogi przy najniższej pozycji leża ok. 9 cm. |  |
| 7. | Waga całkowita wózka 120 kg. |  |
| 8. | Podział sekcji leża (leże dwusegmentowe) ok. 74/117,5 cm |  |
| 9. | Podział sekcji leża (leże czterosegmentowe) ok. 74/13/37,7/61,8 cm |  |
| 10. | Wysokość zabezpieczenia barierek bocznych ok. 35 cm |  |
| **Regulacje** |  |
| 11. | Kąt przechyłu Trendelenburga i anty-Trendelenburga ok. 12° |  |
| 12. | Zakres regulacji wysokości leża ok. 46 – 80 cm |  |
| 13. | Kąt odchylenia oparcia pleców ok. 0 – 70° |  |
| 14. | Kąt odchylenia oparcia uda (leże czterosegmentowe) ok. 0 – 45° |  |
| 15. | Przezierny dla promi |  |
| **Wyposażenie i opcje** |  |
| 16. | Barierki boczne Barierki boczne po obu stronach leża |  |
| 17. | Kolor ramy: Biały NCS S0500N  |  |
| 18. | Leże: Leże dwusegmentowe  |  |
| 19. | Krążki odbojowe: 6 krążków odbojowych  |  |
| 20. | Koła: Podwójne koła o średnicy 150 mm  |  |
| 21. | Koła kierunkowe: Przód, prawy |  |
| 22. | Koła antystatyczne: 1 koło |  |
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 24. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………

Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………

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

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 5. Stolik do materiałów medycznych i narzędzi chirurgicznych z dwoma pojemnikami – 2 sztuki.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Stolik do materiałów medycznych i narzędzi chirurgicznych z dwoma pojemnikami. Stolik wykonany ze stali nierdzewnej. |  |
| 2. | Konstrukcja wykonana z profili 25 x 25 x 1,5 mm (+/- 10 mm). |  |
| 3. | Wyposażony w blat zagłębiony na 24 mm oraz półkę zagłębioną na 34 mm. |  |
| 4.  | Blat i półka wykonane z blachy o grubości 1 mm. |  |
| 5. | Blat montowany na stałe, wyposażony w uchwyt do prowadzenia, umieszczony z jednej strony, przy krótszym boku. |  |
| 6. | W blacie umieszczone dwa wyjmowane pojemniki (większy z pokrywą) wykonane ze stali nierdzewnej w gatunku 1.4301 (304) (pokrywa z uszczelką). |  |
| 7. | Wymiary zewnętrzne pojemników (dł. x szer. x gł.) w mm (+/- 10 mm) większy – 530 x 325 x 200,mniejszy – 325 x 176 x 200. |  |
| 8. | Wymiary wewnętrzne pojemników (dł. x szer. x gł.) w mm (+/- 10 mm) większy – 500 x 300 x 200,mniejszy – 300 x 150 x 200. |  |
| 9. | Półka montowana na stałe, umieszczona na wysokości 150 mm od podłoża. |  |
| 10. | Odległość miedzy blatami wynosi 640 mm (pomiędzy półką a dolna krawędzią pojemników 470 mm). |  |
| 11. | Podstawa na czterech kółkach 80 mm (+/- 10 mm), dwa z blokadą montowane na trzpieniu koła.  |  |
| 12. | W kółkach obudowa i piasta wykonane z polipropylenu, łożysko ślizgowe. Oponki wykonane z termoplastycznej gumy, która nie brudzi podłoża. |  |
| 13. | Przy kółkach odbojniki z tworzywa sztucznego. |  |
| 14. | Wszystkie krawędzie zaokrąglone bezpieczne. |  |
| 15. | Wymiary zewnętrzne (dł. x szer. x gł.) w mm (+/- 10 mm): 860 x 440 x 850 mm. |  |
| 16. | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 17. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności, atesty, certyfikaty oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………Wartość netto: ……………. zł, słownie: ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 6. Sprzęt medyczny.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Parametry wymagane**  | **Parametry oferowane** |
| 1. | Zestaw sterownika kamery do podłączenia oferowanej głowicy kamery FULL HD ze skanem progresywnymObsługiwane formaty 1920 x 1080p, 50Hz/60HzTryb wizualizacji Red Enhancement – funkcja wzmocnienia odcieni koloru czerwonego, umożliwia uzyskanie silniejszego wizualnego rozgraniczenia różnych struktur tkankowych i unaczynienia, Algorytm redukcji dymu - Smoke Reduction – pozwala w otoczeniu wypełnionym dymem uzyskać klarowny obraz i tym samym lepszą widocznośćWyjścia cyfrowe 2x 3G-SDI, 2x DVI-D, HD-SDI, Sterowanie funkcjami menu z poziomu sterownika kamery lub ze „strefy czystej” przez operatora z głowicy kamery Połączenie ze źródłem światła poprzez gniazdo Mis-Bus umożliwiające sterowanie funkcjami światła LED poprzez przyciski na głowicy kamery: włączanie/wyłączanie światła, tryby pracy: ręczny, automatycznyZoom cyfrowy x1,8Możliwość dostosowania jasności obrazu w skali -5 do 5Możliwość regulacji kontrastu w skali -5 do 5Możliwość wyostrzenia krawędzi w skali -5 do 5Zaprogramowane tryby pracy: chirurgia ogólna , ginekologia, urologia, cardio/torakoMożliwość przypisania indywidualnych ustawień dla 3 użytkownikówMożliwość wyświetlania PoP – dwóch obrazów obok siebie z różnymi trybami wizualizacjiSterownik kamery rozpoznaje podłączona głowicę i automatycznie dostosowuje parametry obrazuMenu w języku polskim. |  |
|  | Kamera Full HD, Typ przetwornika: 1/3 "CMOSProgresywne skanowanie obrazuOgniskowa: 14 do 28 mm – zoom optyczny 2xSzybkość migawki: 1/60 do 1/60 000 s4 przyciski zdalnego sterowania na głowicy kamery z możliwością dowolnej konfiguracji opcji jak np. sterowanie rejestratorem / nawigacja oraz zmiana ustawień w menu jednostki sterującej kamerą.Przyciski na głowicy kamery z możliwością przypisania maksymalnie 8 funkcjom, zgodnie z potrzebami klientaAutomatyczna regulacja jasnościMożliwość współpracy z optykami ze standardowym przyłączem okularowymTyp ochrony CFZanurzalna w płynach dezynfekcyjnychMożliwość sterylizacji w Sterrad Waga głowicy 294g |  |
| 3. | Żywotność modułu LED - 30000 hRegulacja natężenia światła: ręczna za pomocą pokrętła na panelu przednim urządzenia 0-100%i automatyczna - urządzenie dostosowuje parametry światła w zależności od napotkanych warunków w polu operacyjnym. Współpraca z jednostkom sterującą kamery poprzez złącze Mis-bus, Sterowanie - Włączanie i wyłączanie światła oraz wybór trybów pracy dostępne z poziomu źródła światła i z poziomu głowicy kameryWyświetlacz LCD na przednim panelu urządzenia wyświetlający prawidłowe zamontowanie światłowodu, tryb pracy, natężenie światła, zużycie światłowoduGniazdo światłowodu - montaż przewodu światłowodowego wideolaparoskopu, możliwość zamontowania tradycyjnych światłowodów różnych producentów Aesculap, Storz, Olimpus, WolfZintegrowane gniazdo diagnostyczne światłowodów umieszczone na przednim panelu urządzenia mierzące stan zużycia światłowodu i jego przydatność do dalszej eksploatacjiTemperatura barwowa 5665 KStrumień świetlny 2510 lumenTyp ochrony CF |  |
| 4. | Przekątna 27”Format 16:9Rozdzielczość Full HD 1920x1080 pixeliWejścia wideo HDMI, VGAKontrast 1000:1Jasność 250 cd/m2Mocowanie Vesa 100 |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| 6. | Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego).Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia).Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel. |  |
|  |  |  |
|  | Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………Wartość netto: ……………. zł, słownie: ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 7. Leki.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Jedn. opak. | Ilość  | Cena jedn. netto | Wartość netto | Podatek VAT w % | Wartość brutto |
| 1. | Nimbex 5 mg x 5 amp. | opak. | 20 |  |  |  |  |
| 2. | Nimbex 10 mg x 5 amp. | opak. | 35 |  |  |  |  |
| 3. | Mivacron 0,02 g /10 ml x 5 amp. | opak. | 10 |  |  |  |  |
| 4. | Tracrium 50 mg x 5 amp. | opak. | 35 |  |  |  |  |
| 5. | Tracrium 25 mg x 5 amp. | opak. | 15 |  |  |  |  |
| Razem:  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………Wartość netto: ……………. zł, słownie: ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej

**Zadanie nr 8. Zakup suprane wraz z dzierżawą parownika.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis  | Ilość w opak. handlowym / czas trwania dzierżawy | Cena jedn. netto  | VAT | Cena jedn. brutto | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Suprane, 6 butelek z aluminium pokrytych od wewnątrz żywicą epoksyfenolową o pojemności 240 ml | 6 but. |  |  |  |  |  |
| 2. | Miesięczna dzierżawa parownika Suprane (okres dzierżawy 12 miesięcy) | 12 miesięcy |  |  |  |  |  |
| Razem: |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość brutto: …………… zł, słownie: …………………………………………………………………………Podatek VAT: ……………. zł, słownie: …………………………………………………………………………Wartość netto: ……………. zł, słownie: ………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej