**Pakiet 7** **Załącznik 2.7**

**Formularz cenowy- zmieniona numeracja**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów  (szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądów  całej umowy | Cena ryczałtowa za  1 przegląd netto\* | Wartość  Netto  (kol.5 x kol.6) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Lampa do fototerapii KMF-01 (Istambul Medical) (3szt.) sn: KMF01711005.Y01, KMF01711009.Y01, KMF01711010.Y01 | 3 | 2 | 6 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawy  dla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | Wartość  Netto  (kol.4 x kol.5) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Lampa do fototerapii KMF-01 (Istambul Medical) (3szt.) sn: KMF01711005.Y01, KMF01711009.Y01, KMF01711010.Y01 | 3 | 4 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość netto | Wartość brutto\* |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |

\* wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy.**

Razem wartość netto (wartość netto Tabeli I i II)………………………………zł

Razem wartość brutto – **cena ofertowa** (wartość brutto Tabeli I i II)…………………………….zł

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet 8** **Załącznik 2.8**

**Formularz cenowy- zmieniona numeracja**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów  (szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądów  całej umowy | Cena ryczałtowa za  1 przegląd netto\* | Wartość  Netto  (kol.5 x kol.6) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Bilirubinometr MBJ20 (MB) sn: MBJ801808001(L) | 1 | 2 | 2 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawy  dla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | Wartość  Netto  (kol.4 x kol.5) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Bilirubinometr MBJ20 (MB) sn: MBJ801808001(L) | 1 | 2 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość netto | Wartość brutto\* |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |

\* wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy.**

Razem wartość netto (wartość netto Tabeli I i II)………………………………zł

Razem wartość brutto – **cena ofertowa** (wartość brutto Tabeli I i II)…………………………….zł

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet 9** **Załącznik 2.9**

**Formularz cenowy- zmieniona numeracja**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów  (szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądów  całej umowy | Cena ryczałtowa za  1 przegląd netto\* | Wartość  Netto  (kol.5 x kol.6) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Aparat do pomiaru otoemisji OTOREAD (Interacoustics) (2szt.) sn: 0933194, 9119245 | 2 | 2 | 4 |  |  |  |
| 2 | Aparat do pomiaru otoemisji SCREENING TE (Interacoustics) sn: IA3001504 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |

**\*** Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Tabela II - naprawy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawy  dla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | Wartość  Netto  (kol.4 x kol.5) | Wartość  Brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Aparat do pomiaru otoemisji OTOREAD (Interacoustics) – 2szt.  Aparat do pomiaru otoemisji SCREENING TE (Interacoustics) – 1szt. | 3 | 4 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wartość netto | Wartość brutto\* |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |

\* wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)

**Umowa będzie obowiązywać od dnia podpisania umowy.**

Razem wartość netto (wartość netto Tabeli I i II)………………………………zł

Razem wartość brutto – **cena ofertowa** (wartość brutto Tabeli I i II)…………………………….zł

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy