Załącznik nr 2 do zapytania - formularz cenowy

**FORMULARZ CENOWY**

DOTYCZY: **Obsługa serwisowa stołów operacyjnych BRUMABA GENIUS EYE**

Uniwersyteckie Centrum kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w związku z wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej do 50.000 zł kieruje prośbę o złożenie oferty cenowej w celu realizacji zamówienia

Wartość cenową należy podać w złotych polskich. Przedstawione wartości cenowe powinny być podane w wartości: netto, VAT, brutto.

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu trwania całej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | Stawka VAT[%] | WartośćBrutto\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Stół operacyjny BRUMABA Genius eye s/n: 1182 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 2 | Stół operacyjny BRUMABA Genius eye s/n: 1359 | 1 | 2 |  |  |  |  |

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

Tabela II - naprawa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | Stawka VAT [%] | Wartośćbrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | stół operacyjny **BRUMABA Genius eye** s/n: 1182, s/n: 1359, s/n: 106901\*\* | 3 | 15 |  |  |  |  |

\*\* Stół operacyjny na gwarancji producenta do dnia 16.05.2026

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Stawka VAT [%] | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 6 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA** |
| NAZWA |  |
| Nazwisko i imię osoby do kontaktu  |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr Telefonu |  |

Data, Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty