**DZP.381.9B.2022**

**Pakiet 1** Załącznik 4.1

 Formularz cenowy

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator PB 840 (Puritan Bennett) (4szt.) sn: 3121128340, 3512133248, 3512133247, 3512133149 | 4 | 2 | 8 |  |  |  |
| 2 | Respirator PB 840 (Puritan Bennett) (6szt.) sn: 3512101047, 3512101038, 3512101145, 3512101040, 3512101045, 3512101052 | 6 | 2 | 12 |  |  |  |
| 3 | Respirator PB 740 (Puritan Bennett) (2szt.) sn:3501010322, 3501982478 | 2 | 2 | 4 |  |  |  |

**\*** 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 naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator PB 840 (Puritan Bennett) (4szt.) sn: 3121128340, 3512133248, 3512133247, 3512133149 | 4 | 12 |  |  |  |
| 2 | Respirator PB 840 (Puritan Bennett) (6szt.) sn: 3512101047, 3512101038, 3512101145, 3512101040, 3512101045, 3512101052 | 6 | 18 |  |  |  |
| 3 | Respirator PB 740 (Puritan Bennett) (2szt.) sn:3501010322, 3501982478 | 2 | 6 |  |  |  |

**DZP.381.9B.2022**

**c.d Pakiet 1** c.d. Załącznik 4.1

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)

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

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

Umowa będzie obowiązywać:
dla pkt. 1 od dnia zawarcia
dla pkt. 2 oraz 3 od 01.07.2022r.

**DZP.381.9B.2022** Załącznik 4.2

**Pakiet 2**

Formularz cenowy

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator Inspiration (Event Medical) (4szt.) sn: 2005W020116, 2003W020251, 2003W020254, 2005W020117 | 4 | 2 | 8 |  |  |  |

**\*** 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 naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator Inspiration (Event Medical) (4szt.) sn: 2005W020116, 2003W020251, 2003W020254, 2005W020117 | 4 | 8 |  |  |  |

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)

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

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

Umowa będzie obowiązywać od 08.06.2022r.

**DZP.381.9B.2022** Załącznik 4.3

**Pakiet 3**

 Formularz cenowy

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator noworodkowy Babylog VN 500 (Dräger): sn: ASKB-0146 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |
| 2 | Respirator noworodkowy Babylog 8000 (Dräger) sn: ASFE-0021 | 1 | 4 | 4 |  |  |  |
| 3 | Respirator transportowy Oxylog 2000 Plus (Dräger) (9szt.) sn: ASCC-0074, ASCC-0075, ASCC-0076,ASCC-0079, ASCC-0080,ASCC-0081, ASCC-0082,ASCC-0083, ASCC-0084 | 9 | 1 | 9 |  |  |  |

**\*** 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 naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator noworodkowy Babylog VN 500 (Dräger): sn: ASKB-0146 | 1 | 10 |  |  |  |
| 2 | Respirator noworodkowy Babylog 8000 (Dräger) sn: ASFE-0021 | 1 | 6 |  |  |  |
| 3 | Respirator transportowy Oxylog 2000 Plus (Dräger) (9szt.) sn: ASCC-0074, ASCC-0075, ASCC-0076,ASCC-0079, ASCC-0080,ASCC-0081, ASCC-0082,ASCC-0083, ASCC-0084 | 9 | 10 |  |  |  |

**DZP.381.9B.2022** c.d. Załącznik 4.3

**c.d Pakiet 3**

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)

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

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

Umowa będzie obowiązywać:

dla pkt. 1 od 16.06.2022r.

dla pkt. 2 od 24.07.2022r.

dla pkt. 3 od 04.08.2022r.

**DZP.381.9B.2022** Załącznik 4.4

**Pakiet 4**

 Formularz cenowy

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Infant Flow SiPAP (CareFusion)sn: BHP01444 | 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 naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Infant Flow SiPAP (CareFusion)sn: BHP01444 | 1 | 10 |  |  |  |

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)

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

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

Umowa będzie obowiązywać od 16.06.2022r.

**DZP.381.9B.2022** Załącznik 4.5

**Pakiet 5**

 Formularz cenowy

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w 24 miesięcy | Sumaryczna ilość przeglądówcałej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Respirator EVE IN (Fritz Stephan)sn: 507020411000240 | 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 naprawydla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | WartośćNetto(kol.4 x kol.5) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Respirator EVE IN (Fritz Stephan)sn: 507020411000240 | 1 | 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)

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

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

Umowa będzie obowiązywać od 27.08.2022r.