**Pakiet 1**

Tabela I - przeglądy i konserwacje

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu 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 | Aparat do znieczulania Fabius Tiro (Dräger) sn: ASKB-0150, ASMH-0080 | 2 | 4 | 8 |  |  |  |
| 2 | Monitor pacjenta Infinity Delta (Dräger) sn: 6009704671, 6008593863 | 2 | 4 | 8 |  |  |  |
| 3 | Moduł anestetyczny Scio Four Oxi (Dräger) sn: ASMF-6037, ASKB-0039 | 2 | 4 | 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 | Aparat do znieczulania Fabius Tiro (Dräger) sn: ASKB-0150, ASMH-0080 | 2 | 10 |  |  |  |
| 2 | Monitor pacjenta Infinity Delta (Dräger) sn: 6009704671, 6008593863 | 2 | 10 |  |  |  |
| 3 | Moduł anestetyczny Scio Four Oxi (Dräger) sn: ASMF-6037, ASKB-0039 | 2 | 5 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P |  Wyszczególnienie | Szacunkowa ilość | Cena ryczałtowa jednego dojazdu netto | Wartość Netto(kol.3 x kol.4) | Wartość brutto(kol.5 + VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
| 1. | Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy | 20 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty dla Pakietu nr 1**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |

**Pakiet 2**

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 980 (Medtronic) sn: (21)35B1920516 | 1 | 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 980 (Medtronic) sn: (21)35B1920516 | 1 | 5 |  |  |  |

Tabela III - koszt dojazdu

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena oferty dla Pakietu nr 2**(suma kolumn 8 i 7 (Tabela I + Tabela II) oraz 6 (Tabela III) |  |