**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 | Lampa do fototerapii Bilitron 3006 (Fanem) sn: AJJ 14255 | 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 | Lampa do fototerapii Bilitron 3006 (Fanem) sn: AJJ 14255 | 1 | 5 |  |  |  |

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 18.05.2022r.**

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 2** Załącznik 4.2 **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 | Inkubator noworodkowy Dual Incu I (Atom) (3szt.) sn: 2620199,2310909,2620309 | 3 | 2 | 6 |  |  |  |
| 2 | Zestaw transportowy:Inkubator Rabee Incu I (Atom) sn: 2360544Respirator Infant Flow Siap (Care Fusion) sn: BDN02676 | 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 | Inkubator noworodkowy Dual Incu I (Atom) (3szt.) sn: 2620199,2310909,2620309 | 3 | 16 |  |  |  |
| 2 | Zestaw transportowy:Inkubator Rabee Incu I (Atom) sn: 2360544Respirator Infant Flow Siap (Care Fusion) sn: BDN02676 | 2 | 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)

**c.d Pakiet 2** c.d. Załącznik 4.2

**Umowa będzie obowiązywać od 18.05.2022r.**

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 3** Załącznik 4.3

**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 | Ogrzewacz noworodkowy IR-10MB (Unimed) sn: 16-096 | 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 | Ogrzewacz noworodkowy IR-10MB (Unimed) sn: 16-096 | 1 | 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)

**Umowa będzie obowiązywać od 18.05.2022r.**

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 4**  Załącznik 4.4

 **Formularz cenowy**

Tabela I - przeglądy i konserwacje w I roku trwania umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu I roku trwania umowy | Sumaryczna ilość przeglądówI roku umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Inkubator noworodkowy Giraffe (Datex) (2szt.) sn: HDHK51118, HDHN51023 | 2 | 1 | 2 |  |  |  |
| 2 | Materiały zużywalne – czujnik tlenu | 2 | - |  |  |
| 3 | Materiały zużywalne – akumulator | 2 | - |  |  |

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

Tabela II - przeglądy i konserwacje w II roku trwania umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu II roku trwania umowy | Sumaryczna ilość przeglądówII roku umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Inkubator noworodkowy Giraffe (Datex) (2szt.) sn: HDHK51118, HDHN51023 | 2 | 1 | 2 |  |  |  |
| 2 | Materiały zużywalne – czujnik tlenu | 2 | - |  |  |

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

Tabela III - 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 | Inkubator noworodkowy Giraffe (Datex) (2szt.) sn: HDHK51118, HDHN51023 | 2 | 15 |  |  |  |

**c.d Pakiet 4 c.d** Załącznik 4.4

Tabela IV - 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 18.05.2022r.**

Razem wartość netto ( wartość netto Tabeli I + II + III)………………………………zł

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

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

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet 5**  Załącznik 4.5

 **Formularz cenowy**

Tabela I - przeglądy i konserwacje w I roku trwania umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu I roku trwania umowy | Sumaryczna ilość przeglądówI roku umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Stanowisko do resuscytacji Panda Warmer (GE) sn: PBWW62606 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |

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

Tabela II - przeglądy i konserwacje w II roku trwania umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość(szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu II roku trwania umowy | Sumaryczna ilość przeglądówII roku umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto\* | WartośćNetto(kol.5 x kol.6) | WartośćBrutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | Stanowisko do resuscytacji Panda Warmer (GE) sn: PBWW62606 | 1 | 1 | 1 |  |  |  |
| 2 | Materiały zużywalne - akumulator | 1 | - |  |  |

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

Tabela III - 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 | Stanowisko do resuscytacji Panda Warmer (GE) sn: PBWW62606 | 1 | 6 |  |  |  |

Tabela IV - 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 18.05.2022r.**

**c.d Pakiet 5 c.d** Załącznik 4.5

Razem wartość netto ( wartość netto Tabeli I + II + III)………………………………zł

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

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

 podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy

**Pakiet 6**  Załącznik 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 | Inkubator noworodkowy Caleo (Dräger) sn: ARWM-0049 | 1 | 4 | 4 |  |  |  |
| 2 | Bilirubinometr JM-103 (Dräger)) sn: 3205212 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |
| 3 | Stanowisko do resuscytacji RESUSCITARE RW 82 (Dräger) (4szt.) sn: FC13443, FC13445, FC13444, AC13508 | 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 | Inkubator noworodkowy Caleo (Dräger) sn: ARWM-0049Bilirubinometr JM-103 (Dräger) sn: 3205212Stanowisko do resuscytacji RESUSCITARE RW 82 (Dräger) (4szt.) sn: FC13443, FC13445, FC13444, AC13508 | 6 | 14 |  |  |  |

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.**

**c.d Pakiet 6 c.d**  Załącznik 4.6

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