**Znak postępowania: DA.ZP.242.7.2019**

**Formularz Szczegółowy Oferty– Załącznik nr 1.2 do SIWZ**

**Pakiet nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | **Nazwa handlowwa i/lub nr katalogowy** | **Wytwórca** | **J.m** | **Ilość**  | **Cena** **jednostkowa** **netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
| **1.** | **Dwunastogodzinny zestaw do podawania środka kontrastowego kompatybilny ze wstrzykiwaczem MEDRAD Stellant CT D:**2 wkłady wielokrotnego napełniania o pojemności 200ml (do 12 godzin użytkowania)2 zestawy transferowe z zastawkami antyzwrotnymi i zintegrowanymi spike’ami1 złącze wielorazowego użytku (do 12 godzin użytkowania).20 sztuk w opakowaniu zbiorczym |  |  | op. | 24 |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Jednorazowy sterylny dren pacjenta kompatybilny z zestawem układu typu „Multi-Patient”:**dren o długości minimum 250cm przy pełnym rozciągnięciu z 2 zintegrowanymi zastawkami antyzwrotnymi kompatybilny z zestawem „Multi-Patient” dla wstrzykiwacza Medrad Stellant.50 sztuk w opakowaniu zbiorczym |  |  | op. | 200 |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest w pełni kompatybilny z wstrzykiwaczem MEDRAD Stellant CT D

Wartość netto pakietu: ..................................... zł Słownie: ................................................................................

Wartość brutto pakietu: .................................... zł Słownie: ...............................................................................

Miejscowość ................................. data .....................……..*…..*

 .................................................................………..

 */podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/*