**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SIWZ – FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**OZNACZENIE POSTEPOWANIA: DA-ZP-252-48/17**

**PAKIET NR 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ****Model aparatu****Producent** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto****(PLN)** |
| 1. | System centralnego Nadzoru okołoporodowego | **Typ:****…………………………………****Model:** **…………………………………****Producent:****…………………………………** | 1 kompl. |  |  |  |  |  |
| 2. | Kardiototograf z funkcją ciąży bliźniaczej | **Typ:****…………………………………****Model:** **…………………………………****Producent:****…………………………………** | 7 szt |  |  |  |  |  |
| 3.  | Kardiotokograf z funkcją ciąży bliźniaczej i monitoringiem matki | **Typ:****…………………………………****Model:** **…………………………………****Producent:****…………………………………** | 2 szt |  |  |  |  |  |
| 4. | Telemetria płodowa | **Typ:****…………………………………****Model:** **…………………………………****Producent:****…………………………………** | 2 szt |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu: netto :…………………………… zł słownie: ……………………………………………………………………

 brutto: ..................................... zł Słownie: ……………………………………………………………………

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

*/ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela /*

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ/model****Numer katalogowy****Producent** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto****(PLN)** |
| 1. | Łóżko porodowe | **Typ/Model:****…………………………………****Numer katalogowy:** **…………………………………****Producent:****…………………………………** | 3 szt |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu: netto :…………………………… zł słownie: ……………………………………………………………………

 brutto: ..................................... zł Słownie: ……………………………………………………………………

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

*/ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela /*

**PAKIET NR 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ****Producent** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto****(PLN)** |
| 1. | Stolik instrumentalny | **Typ:****…………………………………****Producent:****…………………………………** | 4 szt |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu: netto :…………………………… zł słownie: ……………………………………………………………………

 brutto: ..................................... zł Słownie: ……………………………………………………………………

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

*/ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela /*

**PAKIET NR 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ****Producent** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto****(PLN)** |
| 1. | Wózek dla noworodka | **Typ:****…………………………………****Producent:****…………………………………** | 4 szt |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu: netto :…………………………… zł słownie: ……………………………………………………………………

 brutto: ..................................... zł Słownie: ……………………………………………………………………

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

*/ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela /*

**PAKIET NR 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ****Producent** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto (PLN)** | **Wartość netto (PLN)** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto (PLN)** | **Wartość brutto****(PLN)** |
| 1. | Taboret medyczny | **Typ:****…………………………………****Producent:****…………………………………** | 4 szt |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu: netto :…………………………… zł słownie: ……………………………………………………………………

 brutto: ..................................... zł Słownie: ……………………………………………………………………

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

*/ podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela /*