

Formularz cenowy załącznik do oferty przetargowej
przetarg nieograniczony nr 7/2014
zadanie nr 1 - 1 szt

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
Respirator stacjonarny Typ Savina 300 Data produkcji X.2014 Producent Dräger Medical kraj pochodzenia Niemcy Dostawca Dräger Polska sp. z o.o.	8417800	1 szt.	52 056,00 zł	48 200,00 zł	8%	52 056,00 zł
Wyposażenie standardowe: 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....						
Razem				48 200,00 zł	8%	52 056,00 zł

Warunki płatności: 30 dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT Zamawiającemu
Warunki gwarancji 24 miesiące
Warunki dostawy 4 dni/tygodni od daty zawarcia umowy
Serwis w okresie gwarancji realizuje Dräger Polska sp. z o.o. ul. Sułkowskiego 18a 85-655 Bydgoszcz
Miejsce dostawy: siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.
Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy
zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

Dräger Polska sp. z o.o.
Starszy Specjalista
ds. Zamówień Publicznych

Katarzyna Krotoszyńska

[podpis, pieczęć]

Data 03.09.2014r.

Covidien Polska Sp. z o.o.
 Al. Jerozolimskie 162
 02-342 Warszawa
 (+22) 312 2000, Fax (+22) 312 2020
 NIP 526-00-15-567

Formularz cenowy załącznik do oferty przetargowej
 przetarg nieograniczony nr 7/2014
 zadanie nr 1 - 1 szt

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
Respirator stacjonarny Typ..... e360..... Data produkcji2014..... Producent ..Newport Medical Instruments. kraj pochodzeniaUSA..... Dostawca.....Covidien Polska Sp. z o.o.	E360T-SY-IN	1 szt.	40 380,00	40 380,00	8%	43 610,40
Wyposażenie standardowe: Zgodnie z tabelą techniczną dołączoną do oferty. 1. System nebulizacji Aeroneb- nebulizator zewnętrzny 2. Obwody oddechowe pacjenta.						
Razem				40 380,00	8%	43 610,40

Warunki płatności:30..... dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT

Zamawiającemu

Warunki gwarancji ..24..... miesiące

Warunki dostawy ...4..... dni/tygodnie od daty zawarcia umowy

Serwis w okresie gwarancji realizuje Covidien Polska Sp. z o.o.

Miejsce dostawy: siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.

Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Covidien Polska Sp. z o.o.

Monika Jędrzejewska
 Specjalista ds. Przetargów

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy
 zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

03 WRZ 2014 [podpis, pieczęć]
 Data

000004

Formularz cenowy załącznik do oferty przetargowej
przetarg nieograniczony nr 7/2014
zadanie nr 1 - 1 szt

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
Respirator stacjonarny Typ SynoVent E3 Data produkcji 2014r. Producent Mindray kraj pochodzenia Chiny Dostawca Biamediek Spółka z o.o.	SynoVent E3	1 szt	43.189,20	39.990,00	8%	43.189,20
Wyposażenie standardowe: 1 respirator stacjonarny - jw.. z wyposażeniem zg. z zał... nr 9						
Razem				39.990,00		43.189,20

Warunki płatności: 30 dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT Zamawiającemu

Warunki gwarancji 24 miesiące

Warunki dostawy 4 dni/tygodni od daty zawarcia umowy

Serwis w okresie gwarancji realizuje . Biameditek Spółka z o.o.

Miejsce dostawy: siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.

Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy
zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

 Biameditek sp. z o.o. [podpis, pieczęć]
Specjalista ds. Przetargów

Agnieszka Bondaruk Data 03.09.2014r.

Formularz cenowy załącznik do oferty przetargowej
przetarg nieograniczony nr 7/2014
zadanie nr 1 - 1 szt

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
Respirator stacjonarny Typ: Engström Carestation Data produkcji: 2014 Producent : Datex-Ohmeda dla GE Healthcare kraj pochodzenia: USA Dostawca Promed S.A.	1505-9000-000	1 szt	48 303,00 zł	44 725,00 zł	8%	48 303,00 zł
Wyposażenie standardowe: zgodnie z załącznikiem do formularza cenowego – „PARAMETRY TECHNICZNE – WARUNKI GRANICZNE respirator stacjonarny” uwzględnione w cenie respiratora stacjonarnego	Jak wyżej	---	---	---	---	---
Razem				44 725,00 zł	8%	48 303,00 zł

Warunki płatności: 30 dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT Zamawiającemu

Warunki gwarancji 24 miesiące

Warunki dostawy 4 tygodnie od daty zawarcia umowy

Serwis w okresie gwarancji realizuje Serwis Promed S.A. ul. Krajewskiego 1 B Warszawa 01-520

Miejsce dostawy: siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.

Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy
zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

[podpis, pieczęć]
Data 03.09.2014

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
Respirator stacjonarny Typ <u>BELLAVISTA 1000</u> Data produkcji <u>2014</u> Producent <u>INT MEDICAL</u> kraj pochodzenia <u>SZWAJCARIA</u> Dostawca <u>NALMED SP. Z O.O.</u>	BELLAVISTA 1000	1 szt	61 999,56	57 407,00	8%	61 999,56
Wypożyczenie standardowe: 1. <u>UKŁAD DO DECHOWY</u> 2. <u>MEJSCISKO NA UKŁAD DO DECHOWY</u> 3. <u>NEBULIZATOR</u> 4. <u>PODSIĄKA JEDNA I RĘCZNA</u> 5.			61 999,56	57 407,00	8%	61 999,56
Razem						

Warunki płatności: 30 dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT Zamawiającemu

Warunki gwarancji miesiące

Warunki dostawy 4 dni/tygodni od daty zawarcia umowy

Serwis w okresie gwarancji realizuje NALMED SP. Z O.O., ul. Piskorz Leśnych 73, Jastrowie koł.

Miejsce dostawy: siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.
 Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy
 zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

[podpis, pieczęć]
 Data:

2014-09-03

Wojciech W.