

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Aparat EKG szt. 1**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	aparat 3,6 i 12 kanałowy	Tak	
2.	analiza i interpretacja	Tak	
3.	detekcja stymulatora serca	Tak	
4.	klawiatura alfanumeryczna	Tak	
5.	wyświetlacz graficzny, pozwalający na prezentację do 12 odprowadzeń EKG	Tak	
6.	szerokość papieru:ok. 112 mm	Tak, podać	
7.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badania spirometryczne)	Tak, podać	
8.	interfejs komunikacyjny: RS 232, AsLink	Tak, podać	
9.	transmisja zapisu na dowolny FAX	Tak, podać	
10.	beprzewodowa transmisja danych do PC przez Interfejs AsLink	Tak	
11.	czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV	Tak	
12.	zasilanie: 90-240 V, 50/60 Hz	Tak	
13.	akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu	Tak	
14.	liniowa głowica termiczna	Tak	
15.	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
16.	współpraca z przystawką SPIRO-31 (badanie spirometryczne)	Tak	
17.	automatyczna regulacja linii izoelektrycznej	Tak	
18.	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych	Tak	
19.	prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	Tak	
20.	wymiary (D x S x W): ok. 255 x 195 x 66 mm	Tak, podać	
21.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
22.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
23.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Aparat EKG						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Krzesło chirurgiczne – 2 szt**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK, podać	
2	Śrubowa regulacja wysokości	TAK,	
3	Podstawa w kształcie okręgu , posiadająca pięć kół antystatycznych z czego 3 z blokadą	TAK	
4	Regulacja wysokości siedziska w zakresie 470 do 715 mm	TAK	
5	Srednica siedziska ok. 345mm	TAK	
6	Siedzisko łatwo zmywalne odporne na środki dezynfekcyjne	TAIK	
7	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Krzesło chirurgiczne						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Lampa bakteriobójcza przepływowa ścienna -1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
	Naścienna		
1	Napięcie zasilania 230V,50Hz	TAK	
2	Moc pobierania z sieci 115VA	TAK	
3	Element emitujący promieniowanie UV-C 2xTUV 30W wew., 1xTUV 30V zewn.	TAK	
4	Trwałość promiennika min. 8000H	TAK	
5	Natężenie promieniowania UV-C promiennika zewnętrznego w odległości 1m 100µW/cm²	TAK	
6	Wydajność wentylatora 132m³/h	TAK	
7	Dezynfekowana kubatura ok. 25-50m³	TAK	
8	Powierzchnia (zasięg) działania lampy 10-20m²	TAK	
9	Klasa zabezpieczenia przeciwpożarowego I	TAK	
10	Typ obudowy IP 20	TAK	
11	Wymiary kopuły ok. 1125x285x130mm	TAK, podać	
12	Gabaryty ok. 1190x285x145 mm	TAK, podać	
13	Masa max. 10kg	TAK	
14	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
15	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Lampa bakteriobójcza przepływowa ścienna						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : Negatoskop 2 klatkowy – 2 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary: ok. 740 x 510 x 92 mm	Tak, podać	
2.	masa: ok. 13,5 kg	Tak, podać	
3.	klasa ochronności: I	Tak	
4.	ilość klatek: 2	Tak	
5.	wymiary ekranu: ok. 72 x 43 cm	Tak	
6.	regulacja luminancji:	Tak	
7.	luminancja ekranu: 4200 cd / m ² ±25%	Tak	
8.	pobór mocy: 295 VA	Tak	
9.	napięcie zasilania: 230 V 50 Hz	Tak	
10.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
11.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Negatoskop 2 klatkowy						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Podgrzewacz płynów infuzyjnych – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Urządzenie do podgrzewania krwi, preparatów krwiopochodnych, płynów infuzyjnych, płynów	TAK	
2.	do wlewu dożylnego oraz płynów wykorzystywanych do przemysławania.	TAK	
3.	Urządzenie do pracy ciągłej	TAK	
4.	Możliwość umocowania za pomocą uchwytu do stojaków kroplówek o różnych średnicach	TAK	
5.	System zapewniający „suche grzanie” - bez udziału wody	TAK	
6.	Wyświetlacz temperatury	TAK	
7.	Urządzenie do mocowania na stojaku	TAK	
8.	Urządzenie o wymiarach (wys x szer x gł): ok. 120 x 145 x 280 mm.	TAK, podać	
9.	Masa urządzenia ≤ 4.0 kg	TAK, podać	
10.	Zasilanie 230V±10%-(AC) 50Hz	TAK	
11.	Test alarmu temperatury wykonywany na żądanie użytkownika	TAK	
12.	Alarmy dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury(powyżej 390C. – Zamawiający dopuścił urządzenie z alarmem dźwiękowym i wizualnym zbyt wysokiej temperatury powyżej 44,4°C.	TAK	
13.	Możliwość wyciszenia alarmu	TAK	
14.	Zapewnianie przepływu do 160 ml/min	TAK	
15.	Temperatura pracy 30-380C	TAK	
16.	Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia, gdy temperatura wyniesie 41°C – Zamawiający dopuści urządzenie automatycznie wyłączające grzałkę urządzenia, gdy temperatura przekroczy 44,4°C.	TAK	
17.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
18.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Podgrzewacz płynów infuzyjnych						1	

(miejscowość i data)

podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax,

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak do wlewów i kroplówek – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Podstawa i tubus chromowana	TAK	
2	Statyw na płyny infuzyjne chromowane	TAK	
3	Wysokość 1740 do 2450mm	TAK	
4	Średnica podstawy ok. 550mm	TAK	
5	5 kółek jezdnych	TAK, podać	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak do wlewów i kroplówek						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stojak z podwójną miską na odpadki – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wykonany ze stali kwasoodpornej	TAK	
2	Podstawa posiadająca 4 koła o średnicy min 50mm	TAK, podać	
3	Wypożarty w dwie kufety o pojemności min. 4 litry każda	TAK	
4	Wymiary : szer.x gł.x wys. ok. 620x620x800mm	TAK, podać	
5	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
6	Okres gwarancji	min 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stojak z podwójną miską na odpadki						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax:

Nazwa przedmiotu zamówienia : Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem 1 szt.

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Elektromechaniczna regulacja zmiany położenia poszczególnych segmentów za pomocą kablowego pilota ręcznego	TAK	
2.	stół składający się z czterech segmentów (segment głowy i nóg regulowany manualnie, pleców regulowany elektromechanicznie, wysokość regulowana elektromechanicznie (640-940mm)Zmiana wysokości leża nożną pompą hydrauliczną	TAK	
3.	Stół wyposażony w wieszak z ręcznikiem umieszczony za segmentem pleców	TAK	
4.	regulowaną pozycję Trendelenburga	TAK	
5.	Wyposażony w przejezdną podstawę z hamulcem, ramkę anestezjologiczną , ramie podpórki infuzyjnej, ramie kroplówki, rozdzielną segment nóg, pas brzuszny, schodek dla pacjenta	TAK	
6.	Regulacja wysokości leża od ok. 570 do ok. 870 mm	TAK, podać	
7.	Nośność stołu ok. 150 kg.	TAK, Podać	
8.	Szerokość ok. 600mm, długość stołu ok. 1900mm.	TAK, Podać	
9.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
10.	Okres gwarancji	min. 24 miesiące	
11.	Uruchomienie urządzenia	TAK	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół zabiegowy z oprzyrządowaniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Stół ze zlewem jednokomorowym – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Stół ze zlewem jednokomorowym.	TAK	
2.	Wymiar stołu około 1200x600x850 mm	TAK, podać	
3.	Konstrukcja metalowa malowana lakierem proszkowym	TAK	
4.	Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione	TAK	
5.	Otwór w placach stołu umożliwiający podłączenie instalacji wodnej i kanalizacyjnej	TAK	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	Okres gwarancji	min. 12 miesiące	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Stół ze zlewem jednokomorowym						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Szafa lekarska – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry wymagane przez zamawiającego
1.	Szafa wykonana z blachy ocynkowanej o grubości minimum 0,8 mm malowanej lakierem proszkowym	Tak, podać	
2.	drzwi z szybą ze szkła hartowanego	Tak	
3.	szklane półki z możliwością regulacji wysokości co 25 mm	Tak	
4.	w drzwiach zamontowany uchwyt pełniący równocześnie funkcję zamka ryglującego drzwi w dwóch punktach	Tak	
5.	szafa posiadająca stopki z regulacją wysokości	Tak	
6.	wymiary szafy ok. 1000x425x1800 mm	Tak, podać	
7.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
8.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	Ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Szafka lekarska						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek anestezjologiczno- zabiegowy – 6 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	wymiary około 810 x 580 x 1453 mm (wysokość wraz z nadstawką)	TAK, podać	
2.	wózek wyposażony w zestaw iniekcyjny składający się z 3 dużych i 5 małych pojemników	TAK	
3.	blat roboczy z tworzywa ABS z czterostronnymi podwyższonymi krawędziami i z bocznym przedłużeniem	TAK	
4.	3 szuflady 125 l oraz 1 szuflada 250 l z mechanizmem blokowania zapobiegającym wysuwaniu podczas jazdy	TAK	
5.	Konstrukcja wózka stalowa, lakierowana proszkowo odporna na środki dezynfekcyjne i promieniowanie UV	TAK	
6.	wózek wyposażony w kosz	TAK	
7.	uchwyt zapewniający wygodne prowadzenie i manewrowanie	TAK	
8.	4 kółka jezdne z blokadą	TAK	
9.	odboje zabezpieczające korpus i osprzęt wózka przed uszkodzeniem	TAK	
1.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
2.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek anestezjologiczno -zabiegowy						6	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax:

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek do transportu chorych z wyposażeniem – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Całkowita długość ok. 2000mm	TAK, podać	
2	Całkowita szerokość bez poręczy ok. 680mm	TAK, podać	
3	Zakres regulacji wysokości leża od ok. 550 do 810 mm	TAK, podać	
4	Zakres regulacji oparcia placów -15° do 70°	TAK, podać	
5	4 koła jezdne o średnicy ok. 200mm	TAK, podać	
6	Konstrukcja wózka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK	
7	Segmenty leża wypełnione płytą laminatową	TAK	
8	Zmiana wysokości leża uzyskiwana za pomocą nożnej pompy hydraulicznej	TAK	
9	Regulacja pochylenia oparcia wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK	
10	Rama leża wyposażona w narożniki w krążki odbojowe	TAK	
11	Poręcz boczna chromowana 2szt.	TAK	
12	Wieszak kroplówki (haczyki chromowane)	TAK	
13	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
14	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek do transportu chorych z wyposażeniem						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax:

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek na brudną bieliznę – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1.	Wózek posiadający składany metalowy szkielet lakierowany proszkowo	Tak	
2.	Wyposażony w płócienny worek o pojemności min. 100L	Tak	
3.	Wyposażony w pokrywę i 4 kółka jezdne	Tak	
4.	dł.x szer ok.560x540mm	Tak, podać	
5.	Wysokość ok. 1030mm	Tak, podać	
6.	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7.	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek na brudną bieliznę						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
*podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy*

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Wózek zabiegowy – 1 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Wymiary ok. 860x750x450mm	TAK, podać	
2	Stolik wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym	TAK,	
3	2 Półki ze szkła hartowanego	TAK	
4	2 miski osadzone w ruchomych koszykach	TAK	
5	4 kółka jezdne	TAK	
6	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
7	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Wózek zabiegowy						1	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
mieniu wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY

Adres wykonawcy

Tel/fax.

Nazwa przedmiotu zamówienia : **Zestaw mebli metalowych ze zlewem 1-komorowym – 2 szt.**

	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	Parametry wymagane przez zamawiającego	Parametry oferowane przez wykonawcę
1	Stół ze zlewem jednokomorowym wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Na tylnej ścianie fartuch z blachy o wysokości ok. 50 mm, pozostałe boki zagłębione. Po lewej stronie stół zabudowany pionowym rzędem szuflad (trzy szuflady - jedna pod drugą). pozostała część bez zabudowy. Po prawej stronie komora o wymiarach (dł x szer x gł) w mm ok. : 400x400x250. Stół bez baterii i bez otworu pod baterię sztorcową. Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu).	TAK, podać	
2	Stół roboczy zabudowany szufladami wykonany ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Stół z trzema szufladami (jedna pod drugą). Stół na nóżkach regulowanych w zakresie 20 mm (możliwość wypoziomowania stołu)	TAK, podać	
3	Szafka wisząca wykonana ze stali kwasoodpornej w gatunku 0H18N9. Drzwi pełne, podwójne, otwierane skrzydłowo. Wewnątrz jedna półka czyli dwie przestrzenie. Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.	TAK, podać	
4	Wpis do rejestru wyrobów medycznych	Tak	
5	Okres gwarancji	min. 12 miesięcy	

FORMULARZ CENOWY

Przedmiot zam.	Producent	Typ/model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Kwota podatku VAT PLN	Cena jednostkowa brutto (4+5)	ilość sztuk	Wartość brutto PLN (6x7)
1	2	3	4	5	6	7	8
Zestaw mebli metalowych ze zlewem jednokomorowym						2	

.....
(miejscowość i data)

.....
podpis osób (-y) uprawnionej
do składania oświadczenia woli
w imieniu wykonawcy