

*załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/19/2011*

**Formularz przedmiotu zamówienia, cenowy**

**ZADANIE 1 – Kapnometr**

| Lp | Nazwa                               | jm  | Ilość | Cena jednost netto | Cena jednostk Brutto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Producent |
|----|-------------------------------------|-----|-------|--------------------|----------------------|---------------|------------|----------------|-----------|
| 1  | Optyka Hopkins do aparatu KAL STORZ | szt | 2     |                    |                      |               |            |                |           |
|    |                                     |     |       |                    |                      |               | Razem;     |                |           |

.....  
*(podpis osoby – osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli  
wraz z pieczętką imienną)*

**Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/19/2011**

NAZWA .....

ROK PRODUKCJI.....ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....

KRAJ PRODUKCJI.....WYKONAWCA/PRODUCENT.....

**Parametry techniczno – funkcjonalne**

| Lp. | PARAMETR / WARUNEK  | Warunki wymagane, konieczne do spełnienia | Parametry oferowanego urządzenia<br>PODAĆ / OPISAC |
|-----|---|---|--|
|     | <b>Dane ogólne i parametry eksploatacyjne</b>   |   |  |
| 1.  | Optyka 30°  | TAK                                       |  |
| 2.  | Średnica 4mm  | TAK                                       |  |
| 3.  | Długość 300mm   | TAK                                       |  |
| 4.  | Autoklawalna  | TAK                                       |  |
| 5.  | Kąt pola widzenia 68°   | TAK                                       |  |
| 6.  | Kopia deklaracji zgodności producenta wystawiona na wyrób medyczny o danym numerze katalogowym potwierdzającą zgodność oferowanego wyrobu medycznego o danym numerze katalogowym z Dyrektywą 93/42/EEC. | TAK                                       |  |
| 7.  | Dołączyć oryginalną stronę katalogową producenta potwierdzającą spełnienie parametrów   | TAK                                       |  |
| 8.  | Kompatybilna ze sprzętem Karl Storz   | TAK                                       |  |
| 9.  | Jednobiegunowa pętla tnąca rozm. 24Fr, jednorazowego użytku do elementu pracującego firmy Karl Storz będącego na wyposażeniu szpitala - 2szt  | TAK                                       |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

....., DNIA .....

.....  
(podpis osoby – osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli  
wraz z pieczętką imienną)