

załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/65/2013 - formularz cenowy przedmiotu zamówienia

**Zadanie 1 Aparat do resuscytacji w walizce (Ambu) – 1 kpl.**

Lp	Nazwa	jm	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Aparat do resuscytacji w walizce (Ambu)	kpl.	1						
Razem:									

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

.....dnia .....

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

**Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/65/2013**

**DANE OGÓLNE**

**NAZWA**.....  
**TYP/ MODEL** .....**NA KATALOGOWY**.....  
**ROK PRODUKCJI**..... **ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI**.....  
**KRAJ PRODUKCJI**..... **WYKONAWCA /PRODUCENT**.....

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WYMAGANYCH**

**Zadanie 1 Aparat do resuscytacji w walizce (Ambu) – 1 kpl.**

<b>Lp.</b>	<b>Parametr / warunek</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Parametr oferowany</b>
1	Produkt silikonowany do długotrwałego użytku i wielokrotnej sterylizacji.	TAK	
2	W skład zestawu wchodzi: · worek samorozprężny z zaworami · worek tlenowy z zaworem · przewód tlenowy z końcówkami dł. 4 m · maska dla dorosłego nr. 5 · maseczka dla dziecka nr. 3 · rurki ustno-gardłowe min. 3 szt.	TAK TAK TAK TAK TAK TAK TAK	
3	Opakowanie typu walizka lub podobne z uchwytem do przenoszenia	TAK	

**UWAGA:**

**Parametr wymagany winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie "TAK" lub "NIE".**

**Brak potwierdzenia przez Wykonawcę parametru granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.**

**Parametry graniczne winny mieć potwierdzenie w dokumentach dotyczących sprzętu Wykonawca winien je zaznaczyć w dokumentacji potwierdzającej spełnienia parametru granicznego.**

.....dnia.....

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