

Pakiet nr 1

| Lp. | nazwa towaru | nazwa towaru jaka pojawi się na fakturze (podać) | Typ/ model (podać) | producent (podać) | nr kat. (podać) | ilość | j. m. | cena jednostkowa netto [PLN] (podać) | stawka VAT [%] (podać) | wartość netto [PLN] (podać) | wartość brutto [PLN] (podać) |
|--------------|---|--|--------------------|-------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Laryngoskopy, wyposażenie do laryngoskopów | | | | | | | | | | |
| 2 | Poz. 1 Laryngoskop światłowodowy z łyżkami typu MacIntosh 1,2,3,4 | | | | | 20 | kpl. | | | - zł | - zł |
| 3 | Poz. 2 Łyżka do laryngoskopu światłowodowego typu MacIntosh w rozmiarze 1,2,3,4 | | | | | 30 | szt. | | | - zł | - zł |
| 4 | Poz. 3 Łyżka typu Miller LED w rozmiarze "0" | | | | | 2 | szt. | | | - zł | - zł |
| 5 | Poz. 4 Rękojeść do laryngoskopu światłowodowego | | | | | 10 | szt. | | | - zł | - zł |
| 6 | Poz. 5 Łyżka typu McCoy w rozmiarze 1,2,3,4 | | | | | 12 | szt. | | | - zł | - zł |
| Razem | | | | | | | | | | - zł | - zł |

| | |
|---|----------------|
| | (PODAĆ) |
| Nazwa firmy | |
| NIP | |
| Czas dostawy | |
| Okres gwarancji | |
| Czas ważności oferty | |
| Warunki płatności (płatność odroczone - minimum 30 dni) od czasu dostarczenia poprawnie wystawionej faktury do magazynu Zamawiającego | |
| Koszt transportu wliczony w cenę towaru | TAK |

.....
pieczęć firmowa
Wykonawcy

.....
data oraz podpis Wykonawcy, albo upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy z pieczęcią imienną

Pakiet nr 2

| Lp. | nazwa towaru | nazwa towaru jaka pojawi się na fakturze (podać) | Typ/ model (podać) | producent (podać) | nr kat. (podać) | ilość | j. m. | cena jednostkowa netto [PLN] (podać) | stawka VAT [%] (podać) | wartość netto [PLN] (podać) | wartość brutto [PLN] (podać) |
|-----|---|--|--------------------|-------------------|-----------------|-------|-------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Resuscytatory i akcesoria do resuscytacji | | | | | | | | | | |
| 2 | Poz. 1 Resuscytator przeznaczony dla pacjentów o wadze ciała powyżej 15kg | | | | | 10 | kpl. | | | - zł | - zł |
| 3 | Poz. 2 Resuscytator przeznaczony dla pacjentów o wadze ciała do 20kg | | | | | 2 | szt. | | | - zł | - zł |
| 4 | Poz. 3 Maski przezroczyste silikonowe z otwartym mankietem - komplet/zestaw (rozmiary: 0,1,2,3,4 i 5) | | | | | 5 | szt. | | | - zł | - zł |
| 5 | Poz. 4 Manometr do pomiaru ciśnienia w mankietach masek krtaniowych | | | | | 5 | szt. | | | - zł | - zł |
| | | | | | | | | | Razem | - zł | - zł |

| | |
|---|----------------|
| | (PODAĆ) |
| Nazwa firmy | |
| NIP | |
| Czas dostawy | |
| Okres gwarancji | |
| Czas ważności oferty | |
| Warunki płatności (płatność odroczone - minimum 30 dni) od czasu dostarczenia poprawnie wystawionej faktury do magazynu Zamawiającego | |
| Koszt transportu wliczony w cenę towaru | TAK |

.....
pieczęć firmowa
Wykonawcy

.....
data oraz podpis Wykonawcy, albo upoważnionego
przedstawiciela Wykonawcy z pieczęcią imienną