*Załącznik do Formularza oferty*

ARKUSZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET 1 - Sprzęt jednorazowy do podawania kontrastu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LP. | ASORTYMENT | JEDN | | | ILOŚĆ ZAMAWIANA | | | ILOŚĆ SZT. W OPAKOW. | | ILOŚĆ OPAKOWAŃ | | | CENA NETTO OPAKOW. | | | WARTOŚĆ NETTO | | VAT % | | WARTOŚĆ BRUTTO | NAZWA PRODUCENTA, NUMER KATALOGOWY, KLASA WYROBU MEDYCZNEGO | | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | 4 | | | 5 | | 6 | | | 7 | | | 8=6x7 | | 9 | | 10=8+9 | 11 | | | | |
| 1 | Zestaw wkładów 12h do wstrzykiwacza MEDRAD STELLANT CT | szt | | | 160 | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | | | |
| 2 | Wkłady jednorazowego użytku kompatybilne ze wstrzykiwaczem MEDRAD STELLANT CT | szt | | | 50 | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | | | |
| 3 | Dreny pacjenta kompatybilne z wkładami z poz na 1 | szt | | | 3 000 | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | | | | |
| RAZEM | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | | | | |
|  | **WARUNKI** | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | | | | |
|  | **Dokumenty wymagane wraz z ofertą :** | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | | | | |
|  | Produkty Medyczne | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | | | | |
|  | Klasa I | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | | | | |
|  | Deklaracja zgodności, | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | | | | |
|  | Wpis (zgłoszenie - Wytwórca lub autoryzowany przedstawiciel) (powiadomienie - Dystrybutor / importer) do urzędu rejestracji wyrobów medycznych, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | Certyfikat CE - w przypadku zaoferowania produkt sterylnego | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | Klasa IIa, IIb, III | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | Deklaracja zgodności, | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |
|  | Wpis (zgłoszenie - Wytwórca lub autoryzowany przedstawiciel) (powiadomienie - Dystrybutor / importer) do urzędu rejestracji wyrobów medycznych, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | Certyfikat CE | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |

Miejscowość, …………………. dnia ……………………………….

*…………………………………………………………….*

*(podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*