*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)*