........................................................ **Załącznik Nr 1 do SIWZ**

 Pieczęć adresowa firmy

 **FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY – Zadanie nr 1**

**aparatura medyczna dla przychodni przy ul. Styrskiej 44**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis wyposażenia** | **Należy wskazać: Producenta oraz nazwę/typ/model /nr katalogowy** (wypełnia Wykonawca) | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość****netto** | **VAT****%** | **Wartość brutto** |
| 1.  | **Bilirubinometr** **Parametry techniczne:**Miernik przezskórny Tc B - wymaganyZakres pomiarowy: co najmniej 0,0 mg/dl – 20mg/dl Dokładność pomiaru do +/- 1.5mg/dlWskaźnik gotowości badania - wymaganyczas gotowości ok. 3s, czas pomiaru 2 sekundy,pamięć co najmniej 20 ostatnich pomiarów,wyświetlacz LCD 3-segmentowy,certyfikat CE medyczny, wpis do rejestru wyrobów medycznych,ergonomiczny kształt, prosta procedura badania,czytelna, intuicyjna obsługa,brak konieczności stosowania dodatkowych akcesoriów,kalibracja przy dostawie,możliwość korekcji kalibracji we własnym zakresie,Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe, wymienialne źródło światła Długość okresu gwarancji (nie krótsza niż 24 miesiące**)** |  | **1 szt.** |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |

**Oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:**

netto: .........................................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

brutto: ........................................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

w tym podatek VAT w kwocie: ...............................PLN.

słownie: .......................................................................................................................................

............................................. ......................................................................

 Miejscowość, dnia Upełnomocniony przedstawiciel Wykonawcy