**Załącznik 3/1**

**FORMULARZ CENOWY – Grupa 1**

ZAMAWIAJĄCY : Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265

Nazwa i adres Wykonawcy……………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nr. pom.** | **Nazwa pom.** | **Wyposażenie maszyny i urządzenia** | **Ilość szt.** | **Wymiary gabarytowe  dł x szer x wys. (mm)** | **Wymagania technologiczne** | **koszt netto** | | **koszt brutto** |
| **jednostkowy** | **razem (5x8)** | **(9xVAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1 |  |  | Pompa perystaltyczna do przetaczania płynów | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/1 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Warunki gwarancji dla urządzeń** | |
| Minimalny okres gwarancji 24 m-ce, cena zakupu obejmuje wymagane przeglądy techniczne, nie rzadziej niż raz na rok, w tym bezpłatny | | | | | |
| przegląd na koniec okresu gwarancji, łącznie z kosztem części - wykonywane przez autoryzowany serwis | | |
| Cena zakupu obejmuje pełną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis przez okres obowiązywania gwarancji | | | | |
| Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze | |
| Jeśli czas usunięcia awarii przekracza 48 godzin wymagane urządzenie zastępcze | |
| Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji | | | |
| 3 naprawy powodują wymianę urządzenia na nowe na koszt dostawcy | |
| Warunki gwarancji winny obejmować potencjalne przyczyny utraty gwarancji | |
|  |
|  | |

………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….

miejscowość, data podpis Wykonawcy

**Załącznik 3/2**

**FORMULARZ CENOWY – Grupa 2**

ZAMAWIAJĄCY : Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265

Nazwa i adres Wykonawcy……………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nr. pom.** | **Nazwa pom.** | **Wyposażenie maszyny i urządzenia** | **Ilość szt.** | **Wymiary gabarytowe  dł x szer x wys. (mm)** | **Wymagania technologiczne** | **koszt netto** | | **koszt brutto** |
| **jednostkowy** | **razem (5x8)** | **(9xVAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. |  |  | Chłodziarka farmaceutyczna | 2 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/2 |  |  |  |
| 2. |  |  | Szafa chłodnicza z rejestratorem i alarmem | 5 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/4 |  |  |  |
| Razem | | | | | | | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Warunki gwarancji dla urządzeń** | |
| Minimalny okres gwarancji 24 m-ce, cena zakupu obejmuje wymagane przeglądy techniczne, nie rzadziej niż raz na rok, w tym bezpłatny | | | | | |
| przegląd na koniec okresu gwarancji, łącznie z kosztem części - wykonywane przez autoryzowany serwis | | |
| Cena zakupu obejmuje pełną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis przez okres obowiązywania gwarancji | | | | |
| Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze | |
| Jeśli czas usunięcia awarii przekracza 48 godzin wymagane urządzenie zastępcze | |
| Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji | | | |
| 3 naprawy powodują wymianę urządzenia na nowe na koszt dostawcy | |
| Warunki gwarancji winny obejmować potencjalne przyczyny utraty gwarancji | |
|  |
|  | |

………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….

miejscowość, data podpis Wykonawcy

**Załącznik 3/3**

**FORMULARZ CENOWY – Grupa 3**

ZAMAWIAJĄCY : Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265

Nazwa i adres Wykonawcy……………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nr. pom.** | **Nazwa pom.** | **Wyposażenie maszyny i urządzenia** | **Ilość szt.** | **Wymiary gabarytowe  dł x szer x wys. (mm)** | **Wymagania technologiczne** | **koszt netto** | | **koszt brutto** |
| **jednostkowy** | **razem (5x8)** | **(9 xVAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. |  |  | Waga laboratoryjna | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/6 |  |  |  |
| 2. |  |  | Waga laboratoryjna | 2 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/7 |  |  |  |
| 3. |  |  | Waga laboratoryjna | 2 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/8 |  |  |  |
| Razem | | | | | | | |  |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji dla urządzeń** |
| Minimalny okres gwarancji 24 m-ce, cena zakupu obejmuje wymagane przeglądy techniczne, nie rzadziej niż raz na rok, w tym bezpłatny | | | | |
| przegląd na koniec okresu gwarancji, łącznie z kosztem części - wykonywane przez autoryzowany serwis | |
| Cena zakupu obejmuje pełną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis przez okres obowiązywania gwarancji | | | |
| Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze |
| Jeśli czas usunięcia awarii przekracza 48 godzin wymagane urządzenie zastępcze |
| Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji | | |
| 3 naprawy powodują wymianę urządzenia na nowe na koszt dostawcy |
| Warunki gwarancji winny obejmować potencjalne przyczyny utraty gwarancji  ……………………………………………………… ………………………………………………………………………………………..  miejscowość, data podpis Wykonawcy |
|  |

**Załącznik 3/4**

**FORMULARZ CENOWY – Grupa 4**

ZAMAWIAJĄCY : Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie ul. Wielicka 265

Nazwa i adres Wykonawcy……………………………………………….....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nr. pom.** | **Nazwa pom.** | **Wyposażenie maszyny i urządzenia** | **Ilość szt.** | **Wymiary gabarytowe  dł x szer x wys. (mm)** | **Wymagania technologiczne** | **koszt netto** | | **koszt brutto** |
| **jednostkowy** | **razem (5x8)** | **(9 xVAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1. |  |  | Zmywarka wolnostojąca | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/3 |  |  |  |
| 2. |  |  | Maszyna uniwersalna do produktów farmaceutycznych /kosmetycznych | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/5 |  |  |  |
| 3. |  |  | Higrometr elektroniczny ze świadectwem wzorc. | 15 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/9 |  |  |  |
| 4. |  |  | Rejestrator temperatury i wilgotności | 15 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/10 |  |  |  |
| 5. |  |  | Drukarka etykiet | 5 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/11 |  |  |  |
| 6. |  |  | Kolektor danych | 5 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/12 |  |  |  |
| 7. |  |  | Bindownica | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/13 |  |  |  |
| 8. |  |  | Niszczarka do papieru | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/14 |  |  |  |
| 10. |  |  | Wózek do sprzątania + mop | 3 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/15 |  |  |  |
| 11. |  |  | Szafa pancerna | 1 |  | ZGODNIE Z ZAŁ. 4/16 |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji dla urządzeń** |
| Minimalny okres gwarancji 24 m-ce, cena zakupu obejmuje wymagane przeglądy techniczne, nie rzadziej niż raz na rok, w tym bezpłatny | | | | |
| przegląd na koniec okresu gwarancji, łącznie z kosztem części - wykonywane przez autoryzowany serwis | |
| Cena zakupu obejmuje pełną obsługę serwisową wykonywaną przez autoryzowany serwis przez okres obowiązywania gwarancji | | | |
| Czas reakcji na zgłoszoną usterkę do 24 godzin w dni robocze |
| Jeśli czas usunięcia awarii przekracza 48 godzin wymagane urządzenie zastępcze |
| Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas wyłączenia urządzenia z eksploatacji | | |
| 3 naprawy powodują wymianę urządzenia na nowe na koszt dostawcy |
| Warunki gwarancji winny obejmować potencjalne przyczyny utraty gwarancji |

………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………….

miejscowość, data podpis Wykonawcy