**KALKULACJA CENOWA - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Załącznik nr 3/3 do siwz  
 GRUPA 3 - Dializator wysokoprzepływowy**

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa przedmiotu zamówienia | Nazwa handlowa przedmiotu zamówienia | Orient. zużycie szt.  (36 m-cy) | Cena netto szt. | Wartość netto | VAT  % | Wartość VAT | Wartość brutto | Numer katalogowy | Producent | Numer i data ważn. świad. dopuszczenia | Klasa wyrobu medycznego |
| 1. | **Dializator wysokoprzepływowy z błoną helixonową sterylizowany parą wodną o pow. 1,0 m2** |  | **600** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Dializator wysokoprzepływowy z błoną helixonową sterylizowany parą wodną o pow. 1,4 m2** |  | **900** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | **Dializator wysokoprzepływowy z błoną helixonową sterylizowany parą wodną o pow. 1,8 m2** |  | **900** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | **Filtr płynu dializacyjnego do aparatu Fresenius 5008** |  | **60** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |  |  |  |  |

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

Miejscowość, data (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)