Zadanie nr 1

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr.fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Dozownik tlenuFarum | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 2 | Dozownik tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 3 | Reduktor tlenu z dozownikiem F L K | KT-3 | 20185 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 4 | Regulator tlenuMetal ERG | Z-100.2.O.P | 03265 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 5 | Regulator tlenuWeinmann | Oxyway FixWM30301 | 0303200 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 6 | Reduktor tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 7 | Regulator tlenuWeinmann | WM30300 | 9902305 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 8 | Dozownik tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 9 | Regulator tlenu | Medline | 071167604A | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 10 | Regulator tlenu | Medline | 071167614A | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 11 | Reduktor tlenu z dozownikiem F L K | KT-3 | 42511 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 12 | Dozownik tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 13 | Reduktor tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 14 | Regulator tlenuMetal ERG | Z-100.2.O.P | 03294 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 15 | Dozownik tlenuF L K | brak | 11684 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 16 | Regulator tlenu | Medline | 030302647 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 17 | Regulator tlenuMetal ERG | Z-100.2.O.P | 05536 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 18 | Regulator tlenuMetal ERG | Z-100.2.O.P | 05532 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 19 | Dozownik tlenuInstal | brak | brak | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 20 | Reduktor tlenu z dozownikiem F L K | KT-3 | 19484 | 1 | 04/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 21 | Dozownik tlenuInstal |  | 2850307 | 1 | 07/2017 | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 22 | Dozownik tlenuInstal |  | 2840307 | 1 | 07/2017 | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 23 | Dozownik tlenuInstal |  | 2860307 | 1 | 07/2017 | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 24 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 25 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 26 | Dozownik tlenuInstal |  | 01258 | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 27 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 28 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 29 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 30 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 31 | Reduktor tlenu z dozownikiem F L K | KT-3 | 38118/73 | 1 | 07/2017 | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 32 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 9 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 33 | Dozownik tlenuInstal |  | 034 | 1 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 34 | Dozownik tlenuInstal |  | 035 | 1 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 35 | Dozownik tlenuInstal |  | 036 | 1 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 36 | Dozownik tlenuInstal |  | 037 | 1 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 37 | Dozownik tlenuInstal |  | 038 | 1 | 07/2017 | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 38 | Dozownik tlenu |  | 01265 | 1 | 07/2017 | O/Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 39 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 7 | 07/2017 | O/Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 40 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 4 | 07/2017 | O/Chirurgiczny |  |  |  |  |
| 41 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 2 | 07/2017 | O/Urologiczny |  |  |  |  |
| 42 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 2 | 07/2017 | O/Ortopedyczny |  |  |  |  |
| 43 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 4 | 07/2017 | O/Geriatryczny |  |  |  |  |
| 44 | Dozownik tlenuInstal |  | 23/09 | 1 | 07/2017 | O/Geriatryczny |  |  |  |  |
| 45 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 3 | 07/2017 | O/Neonatologiczny |  |  |  |  |
| 46 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 4 | 07/2017 | O/Położn/Ginekologiczny |  |  |  |  |
| 47 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 2 | 07/2017 | Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| 48 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 1 | 07/2017 | Prac Endoskopii |  |  |  |  |
| 49 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 2 | 07/2017 | Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| 50 | Dozownik tlenuInstal |  | brak | 7 | 07/2017 | OAiIT |  |  |  |  |
| 51 | Regulator próżniInstal | RPA | brak | 7 | 07/2017 | OAiIT |  |  |  |  |
| 52 | Reduktor tlenu z dozownikiem F L K | KT-3 | 90614 | 1 | 07/2017 | O/Rehabilitacyjny |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 2

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkaVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | KrzesełkoSaver | S240E2008 | AS021502 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 2 | Nosze transportoweFerno | EFX2008 | 07-061656 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 3 | Podbierak Scoop Ferno | EXL2008 | 043510 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 4 | TransporterFerno | EFX2008 | 07-060391 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 5 | Krzesło transportoweSaver | S240E2006 | As014111 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 6 | Nosze transportoweAtomic | D 3000 | 57440508 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 7 | Nosze podbierakoweFerno | Sr 12003 | A59444 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 8 | Nosze podbierakoweFerno | Sr 12003 | L-220389 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 9 | Nosze transportoweAtomic | D 3000 |  62080410 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 10 | Krzesło transportoweSaver | S240E2006 | As06480 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 11 | Nosze transportoweAtomic | D 3000 | 5089/0706 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 12 | Nosze podbierakoweFerno | Sr 12003 | L-456813 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 13 | Nosze transportoweAtomic | D 3000 | 5467/0407 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 14 | Nosze podbierakoweFerno | Sr 12003 | A58878 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 3

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Respirator prostyBear Medical USA | Bear 10001998 | 11007095 | 1 |  10/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części+ wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 4

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | RespiratorHamilton Medical | typ C-1,  | 3547 | 1 |  01/2018 | OIiAT |  |  |  |  |
| 2. | RespiratorHamilton Medical | typ C-1 | 3558 | 1 |  12/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| 3. | RespiratorHamilton Medical | typ C-1,  | 1405, | 1 |  07/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| 4. | RespiratorHamilton Medical | typ C-1 | 1427 | 1 |  08/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| 5. | RespiratorHamilton Medical | RAPHAEL2005 | 5289/05 | 1 |  10/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| 6. | RespiratorHamilton Medical | RAPHAEL2005 | 6061/05 | 1 |  09/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części+ wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 5

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Respirator transportowySIARE | SIRIO Plus2009 | M0006NP | 1 |  06/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części+ wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 6

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Respirator transportowy Weinmann | Medumat Standard1999 | 2794 | 1 |  07/2017 | O/Kardiolog |  |  |  |  |
| 2. | Respirator transportowy Weinmann | Medumat Standard2003 | 7748 | 1 |  05/2017 | Blok Oprac. |  |  |  |  |
| 3. | Respirator transportowy Weinmann | Medumat Compact1994 | 2456 | 1 |  11/2017 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części+ wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 7

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | RespiratorNeo Plus Medin | Sindi2016 | 80162062 | 1 |  12/2017 | O/Neonatologiczny |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części+ wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 8

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Aparat do znieczulaniaDatex Ohmeda | AESTIVA2000 | AMVE00158 | 1 |  12/2017 | O/Położn/Ginekolog |  |  |  |  |
| 2. | Aparat do znieczulaniaDatex Ohmeda | AESTIVA2000 | AMVE00168 | 1 |  12/2017 | Blok Oprac. |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 9

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Aparat do znieczulania z zestawem komp. SPACELABS | ”Sirius” 2007 | 0411107 | 1 |  12/2017 | Blok Oprac. |  |  |  |  |
| 2. | Ap.do znieczulaniaSPACELABS | Blease Sirius2010 | siri-002139 | 1 |  12/2017 | Blok Oprac. |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 10

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Ap.do znieczulaniaMEDEC | Saturn Evo2011 | 22845 | 1 |  01/2018 | Blok Oprac. |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 11

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. testów spec.-przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Ap. RTG-stomatologicznyFarum w-wa | MIDAX-8/X702000 | 089 | 1 | VI/201705/2017 | DDO |  |  |  |  |
| 2. | MammografGEMS-Francja | STAT IF 700T1999 | 283924BU9 | 1 | VI/201705/2017 | DDO |  |  |  |  |
| 3. | Ap.RTGGE Medical Systems | PROTEUS XR/iA6563-022005 | GE-10025 | 1 | VI/201705/2017 | DDO |  |  |  |  |
| 4. | Ap.RTG-przyłóżkowy jezdnyIMD Italy | Basic100-302005 | 005/0500294 | 1 | VI/201705/2017 | OIiAT |  |  |  |  |
| 5. | Ap.RTG Radius S9 /ramię C/IMD -Włochy | Radius S92005 | 017/05/00186 | 1 | VI/201705/2017 | Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 12

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Skaner CRKodak | CR Elite2015 | 5000515 | 1 |  04/2017 | DDO |  |  |  |  |
|  **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 13

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Wywoływarka RTGProtec | PROTEC OPTIMAX | 213 | 1 |  04/2017 | DDO |  |  |  |  |
|  **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 14

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego-walidacji | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | WirówkaMPW Med | MPW350e | 10350e024504 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 2. | Cieplarka labPoleko | CLW 53ECO | CW5ED09350 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 3. | Cieplarka urz. do suchego rozmrażania osocza krwiTransmed-Sarstedt | Sachara III | 99122169 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 4. | Lodówka dwukomorowaPoleko | CHL3A/103A10 | C33AB09182 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 5. | Lodówka dwukomorowaPoleko | CHL 3/3+ | C33AF131086 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 6. | Pojemnik termostatyczny/do transportu krwi/ |  |  | 2 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 7. | ZamrażarkaWHIRPOOL | AFG512-C/11 | 300350014813 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 8. | Lodówka-Polar | AS 136 | 03117933 | 1 | 17.05..2017 | Apteka szpitalna |  |  |  |  |
| 9. | Lodówka-Ardo | GL 34 | 20003504103 | 1 | 17.05..2017 | Apteka szpitalna |  |  |  |  |
| 10. | Lodówka dwukomorowaPoleko | CHL 3/3 | C33AB09295 | 1 | 17.05..2017 | Apteka szpitalna |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 ………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 15

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Myjnia dezynfektorGetinge | Seria 46-4 | 50028504 | 1 |  04/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| 2. | Uzdatniacz wody | ESM 18ce | 7293191 | 1 |  04/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 16

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Sterylizator parowyChirana | PS-2601979 | 79425 | 1 | 04/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| 2. | Sterylizator parowyChirana | PS-6201980 | 80885 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| 3. | ZgrzewarkaWipak Medical | Steriking RS 1202000 | 03202023 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| 4. | ZgrzewarkaWipak Medical | Steriking RS 1202007 | 03202023 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja |  |  |  |  |
| 5. | Destylator wodyChirana | DE 61/11984 | 841513 | 1 | 04/2017 | Apteka szpitalna |  |  |  |  |
| 6. | Destylator wodyChirana | DE 61/11993 | 93086 | 1 | 04/2017 | Apteka szpitalna |  |  |  |  |
| 7. | AutoklawSMS | A-7 | 687 | 1 | 04/2017 | DDL |  |  |  |  |
| 8. | Autoklaw  | A-10mini | 2213 | 1 | 04/2017 | DDL |  |  |  |  |
| 9. | AutoklawSMS | ASH-01 | 01 | 1 | 05/2017 | DDL |  |  |  |  |
| 10. | Destylator wody  | DE 61 | 79513 | 1 | 04/2017 | DDL |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***CZĘŚCI ZUŻYWALNE******Wykonawca rozbuduje tabelę o wszelkie części zużywalne niezbędne do wykonania ww. przeglądów*** |
| ***Lp.*** | ***Nazwa części*** | ***Jm*** | ***Ilość*** | ***Koszt jednostkowy netto*** | ***Wartość łączna netto******kol.4xkol.5*** | ***Stawka******podatku******VAT (%)*** | ***Wartość łączną******brutto******kol.6+(kol.6x kol.7)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Razem koszt części (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + części + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 17

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Wanna do masażu wirowego k.górnych—Technomex | WKG2008 | 0015/2008 | 1 | 04/2017 | O/Rehabilitacji |  |  |  |  |
| 2. | Wanna do masażu wirowego k.dolnych-- Meden-Inmed Koszalin | WKD2008 | 0058/2008 | 1 | 04/2017 | O/Rehabilitacji |  |  |  |  |
| 3. | Wanna do masażu wirowegokończyn górnych-Technomex | 1114E2010 | H/1003/0127 | 1 | 05/2017 | Gab.Rehab.Zabieg |  |  |  |  |
| 4. | Wanna do masażu wirowegokończyn dolnych kręgosłupaMeden-Inmed  | WKR2015 | 0103/2015 | 1 | 05/2017 | Gab.Rehab.Zabieg |  |  |  |  |
| 5. | Wanna do masażu podwodnegoBaden-Baden |  typ 0111999 | 24174 | 1 | 05/2017 | Gab.Rehab.Zabieg |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 18

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1. | Audiometr impedancyjnyGN Otometrics A/S. | ZODIAC 9012005 | 215078 | 1 |  04/2017 | PoradniaLaryngologiczna |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 19

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | SpirometrMES | LUNGTEST 500 | 00364 | 1 |  09//2017 | P/Chorób Płuc |  |  |  |  |
| 2. | SpirometrMES | Lungtest 1000S | 00531 | 1 |  03/2018 | P/Chorób Płuc |  |  |  |  |
| 3. | SpirometrBTL | BTL-082013 | 073S-B-00488 | 1 |  03/2018 | O/Geriatryczny |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***WYSYŁKA DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Nazwa***  | ***Wartość łączną brutto (wysyłka)*** |
| ***Razem koszt wysyłki (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + wysyłka) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 20

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Waga osobowaRadwag | WPT 60/1502012 | 360173/12 | 1 | 06/2017 | NEUROLOGICZNY |  |  |  |  |
| 2 | Waga dziecięca | BM45002009 | 04/2009 | 1 | 06/2017 | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 3 | Waga dziecięcaLaika | LAICA | brak | 1 | 06/2017 | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 4 | Waga osobowaRadwag | WPT 60/1502012 | 347814/12 | 1 | 06/2017 | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 5 | Waga Radwag | WPT 500C2009 | 254851/09 | 1 | 06/2017 | KARDIOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 6 | Waga Radwag | WPT60/1502008 | 2344059/08 | 1 | 06/2017 | KARDIOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 7 | WagaRadwag | WPT 06/1502009 | 264758/09 | 1 | 06/2017 | WEWNĘTRZNY |  |  |  |  |
| 8 | WagaLaica | PS 30012010 | 03/2010 | 1 | 06/2017 | POŁOŻNICZOGINEKOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 9 | Waga elektronicznaFawag | TP 150/1/WTL | 3072 | 1 | 06/2017 | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 10 | Waga elektronicznaFawag | WPT 15DC2000 | 68736 | 1 | 06/2017 | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 11 | Waga elektronicznaRadwag | WPT 60/1502014 | 429202/14 | 1 | 06/2017 | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 12 | Waga osobowaRadwag | WPT60/150 OW2015 | 466759/15 | 1 | 06/2017 | P/ Endokrynologiczna |  |  |  |  |
| 13 | Waga osobowaRadwag | WPT60/150 |  | 1 | 06/2017 | Medycynapracy |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 21

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Nr. Fabr. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Ap.EEGMeddwe | DIGITRACK2008 | 20810762 | 1 |  06/2017 | Prac. EEG |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 22

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Amica AK130 | 2230 | 1 | 01/2018 | Pediatryczny |  |  |  |  |
| 2 | Amica FM125B | brak | 1 | 01/2018 | Pediatryczny |  |  |  |  |
| 3 | Polar TS136 | brak | 1 | 01/2018 | Pediatryczny |  |  |  |  |
| 4 | Mastercook LW58A | 0093 | 1 | 01/2018 | Neurologiczny |  |  |  |  |
| 5 | Polar 136 | 7887 | 1 | 01/2018 | Neurologiczny |  |  |  |  |
| 6 | Polar C210 | 2768 | 1 | 01/2018 | Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 7 | Amica AGC3600 | 16004/09 | 1 | 01/2018 | Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 8 | Amica FM 106 | 230154 | 1 | 01/2018 | Wewnętrzny |  |  |  |  |
| 9 | Polar CZE231A | 2764 | 1 | 01/2018 | Chirurgiczny |  |  |  |  |
| 10 | Polar TA60 | brak | 1 | 01/2018 | Ortopedia |  |  |  |  |
| 11 | Whirpool ARC5712 | 16803 | 1 | 01/2018 | Ortopedia |  |  |  |  |
| 12 | Mastercook LW58A | 0083 | 1 | 01/2018 | Urologiczny |  |  |  |  |
| 13 | Amica AK130 | 15200 | 1 | 01/2018 | Geriatryczny |  |  |  |  |
| 14 | Mastercook LW58A | 00095 | 1 | 01/2018 | Ginek -Położn. |  |  |  |  |
| 15 | Beko TSE1238 | 09403 | 1 | 01/2018 | Ginek -Położn. |  |  |  |  |
| 16 | Elektrolux EasyLid | brak | 1 | 01/2018 | Ginek -Położn. |  |  |  |  |
| 17 | Whirpool ARZ121H | 22805 | 1 | 01/2018 | Neonatologiczny |  |  |  |  |
| 18 | Amica AK130 | 130901 | 1 | 01/2018 | Neonatologiczny |  |  |  |  |
| 19 | Polar CPB 2016 | 03584 | 1 | 01/2018 | Rehabilitacyjny |  |  |  |  |
| 20 | Elektrolux | 81810039 | 1 | 01/2018 | OAiIT |  |  |  |  |
| 21 | Mastercook TT140 | 76481 | 1 | 01/2018 | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 22 | Mastercook TT140 | 76505 | 1 | 01/2018 | P/Endokrynologiczna |  |  |  |  |
| 23 | Indesit TFAA10 |  | 1 | 01/2018 | P/P/Gruźlicza |  |  |  |  |
| 24 | Polar CPW 202 | 12507 | 1 | 01/2018 | POZ/NiŚOpieka Zdr |  |  |  |  |
| 25 | Polar 136 | brak | 1 | 01/2018 | POZ/NiŚOpieka Zdr |  |  |  |  |
| **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 23

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP | Nazwa aparatuProducent | TypRok prod. | Liczbaurządzeń | Termin nast. przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-51H4A | 1 | 04/2017 | RNN2 |  |  |  |  |
| 2 | KLIMATYZATOR | CHIGO KFR- 35GW/AGX1C | 1 | 04/2017 | NEUROLOGIA FIZYKOTERAPIA |  |  |  |  |
| 3 | KLIMATYZATOR | CHIGO KFR- 35GW/X | 1 | 04/2017 | NEUROLOGIA SALA1 |  |  |  |  |
| 4 | KLIMATYZATOR | GREE GWH 18KG | 1 | 04/2017 | NEUROLOGIA SALA1 |  |  |  |  |
| 5 | KLIMATYZATOR | CHIGO CS-25H3A | 1 | 04/2017 | DZIECIĘCY ZABIEGOWY |  |  |  |  |
| 6 | KLIMATYZATOR | KOREL MS10T-12HRN | 1 | 04/2017 | DZIECIĘCY ZABIEGOWY |  |  |  |  |
| 7 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH-12(SPLIT) | 1 | 04/2017 | KARDIOLOGIA |  |  |  |  |
| 8 | KLIMATYZATOR | ELEKTRA PRX 800 RC 2 SZT | 1 | 04/2017 | KARDIOLOGIA |  |  |  |  |
| 9 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH-13AC85 | 1 | 04/2017 | CHIRURGIA GAB. LEKARSKI |  |  |  |  |
| 10 | KLIMATYZATOR | CHIGO CS-35H3A | 1 | 04/2017 | UROLOGIA ZABIEGOWY |  |  |  |  |
| 11 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE (SPLIT)ASH-09 | 1 | 04/2017 | UROLOGIA ZABIEGOWY |  |  |  |  |
| 12 | KLIMATYZATOR | CHIGO CS-35H | 1 | 04/2017 | APTEKA |  |  |  |  |
| 13 | KLIMATYZATOR | CHIGO CS-35H | 1 | 04/2017 | APTEKA |  |  |  |  |
| 14 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE(SPLIT) ASH-18AQ | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 15 | KLIMATYZATOR | CHIGO CS-25H 3A | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 16 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-35H 3A | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 17 | KLIMATYZATOR | CHIGOKFR-35GW | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 18 | KLIMATYZATOR | CHIGOKFR-51GW | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 19 | KLIMATYZATOR | CHIGOKFR-25GW | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 20 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-35H 3A | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 21 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH 24 AIE | 1 | 04/2017 | STERYLIZACJA |  |  |  |  |
| 22 | KLIMATYZATOR | CHIGOKFR 616W/X1C | 1 | 04/2017 | STERYLIZACJA |  |  |  |  |
| 23 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-61 H3A | 1 | 04/2017 | STERYLIZACJA |  |  |  |  |
| 24 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE (SPLIT) ASH-13AK | 1 | 04/2017 | SEROLOGIA BANK KRWI |  |  |  |  |
| 25 | KLIMATYZATOR | LG-S18H8 | 1 | 04/2017 | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 26 | KLIMATYZATOR | LG-S18AH8 | 1 | 04/2017 | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 27 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-25H 3A | 1 | 04/2017 | PIRADNIA CHIRURGICZNA |  |  |  |  |
| 28 | KLIMATYZATOR | LG-S18AT | 1 | 04/2017 | POCZEKALNIA POR.CHIRURGIC. |  |  |  |  |
| 29 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH-13ACP | 1 | 04/2017 | PORADNIA LARYNGOLOGICZNA |  |  |  |  |
| 30 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-35V 3 | 1 | 04/2017 | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 31 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH-12AIE | 1 | 04/2017 | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA |  |  |  |  |
| 32 | KLIMATYZATOR | CHIGOKFR-51 GW | 1 | 04/2017 | ŚWIETLICA |  |  |  |  |
| 33 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-35H 3A | 1 | 04/2017 | PORADNIA ORTOPEDYCZNA |  |  |  |  |
| 34 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-51H 3A | 1 | 04/2017 | INFORMATYK |  |  |  |  |
| 35 | KLIMATYZATOR | FUJI ELECTRIC ROG-30 LFCA | 1 | 04/2017 | SERWERY |  |  |  |  |
| 36 | KLIMATYZATOR | FUJI ELECTRIC ROG-30 LFCA | 1 | 04/2017 | SERWERY |  |  |  |  |
| 37 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE (SPLIT) ASH-18AQ | 1 | 04/2017 | KASA (KSIĘGOWOŚĆ) |  |  |  |  |
| 38 | KLIMATYZATOR | CHIGOCS-35H 3A | 1 | 04/2017 | RTG |  |  |  |  |
| 39 | KLIMATYZATOR | GREE GWH-18KG | 1 | 04/2017 | GINEKOLOGIA SALA PORODOWA |  |  |  |  |
| 40 | KLIMATYZATOR | GREE GWH-18KG | 1 | 04/2017 | GINEKOLOGIA SALA PORODOWA |  |  |  |  |
| 41 | AGREGAT CHŁODNICZY | FGT 6220GK/2CA | 1 | 04/2017 | PROSEKTORIUM |  |  |  |  |
| 42 | KLIMATYZATOR | MSAT 91 | 1 | 04/2017 | NOWORODKISALA PORODOWA |  |  |  |  |
| 43 | KLIMATYZATOR  | FGJ 9226E/5CA | 1 | 04/2017 | ODPADY |  |  |  |  |
|  |  **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 24

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | LiczbaUrządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Przegląd okresowy i regulacja palników kotłów | 4 palniki gazowo-olejowePalniki Weishaupt typ GL 7/1-D-ZD; 2szt.palniki Weishaupt typ GL 30/2-A-TMD-NR; 2szt. |  11/2017 | kotłownia |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 25

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | LiczbaUrządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Przegląd okresowy systemu detekcji gazu w kotłowni Szpitala Rejonowego | 1 |  11/20177 | kotłownia |  |  |  |  |
| 2 | Przegląd okresowy instalacji gazowej w kotłowni oraz pracowni bakteriologicznej | 2 |  11/2017 | kotłownialaboratorium |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 26

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | LiczbaUrządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Przegląd okresowy kominów w kotłowni | Komin ceramiczny h = 45 m + 4 kominy metalowe o wysokości h = 30 m |  09/2017 | kotłownia |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

 …………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 27

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | LiczbaUrządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Pomiar grubości ścianek trzonów kominów stalowych | 2 kominy metalowe nośne |  06/2017 | kotłownia |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 28

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | LiczbaUrządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Pomiar osiowości i osiadania komina ceramicznego | Komin ceramiczny o wysokości h = 45 m i średnicy u wylotu Ø 0,9 m wykorzystywany przez telefonię komórkową i operatora internetu radiowego jako maszt |  06/2017 | kotłownia |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 29

|  |
| --- |
| **PRZEGLĄDY** |
| LP. | Nazwa usługi | Liczba przewodów kominowych | Termin przeglądu | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | StawkapodatkuVAT (%) | Wartość łącznabrutto |
| 1 | Okresowy przegląd techniczny przewodów kominowych i wentylacyjnych budynków szpitala | 600 |  01/2018 | Budynki szpitala |  |  |  |  |
|  | **Razem koszt wykonania przeglądów (brutto) – (liczba)** |  |  |  |  |
| ***DOJAZD DO/Z SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO*** |
| ***Koszt dojazdu (brutto) – (liczba)*** |  |
| ***RAZEM KOSZTY (przeglądy + dojazd) (brutto) – (liczba)*** |  |

…………………………………… ……………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczątka przedstawiciela Wykonawcy