Zadanie nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRZEGLĄDY** | | | | | | | | | | | |
| LP | Nazwa aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr.fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Dozownik tlenu  Farum | brak | brak | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 2 | Dozownik tlenu  Instal | 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 tlenu  Metal ERG | Z-100.2.O.P | 03265 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 5 | Regulator tlenu  Weinmann | Oxyway Fix  WM30301 | 0303200 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 6 | Reduktor tlenu  Instal | brak | brak | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 7 | Regulator tlenu  Weinmann | WM30300 | 9902305 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 8 | Dozownik tlenu  Instal | 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 tlenu  Instal | brak | brak | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 13 | Reduktor tlenu  Instal | brak | brak | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 14 | Regulator tlenu  Metal ERG | Z-100.2.O.P | 03294 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 15 | Dozownik tlenu  F L K | brak | 11684 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 16 | Regulator tlenu | Medline | 030302647 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 17 | Regulator tlenu  Metal ERG | Z-100.2.O.P | 05536 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 18 | Regulator tlenu  Metal ERG | Z-100.2.O.P | 05532 | 1 | 04/2017 | | Izba Przyjęć |  |  |  |  |
| 19 | Dozownik tlenu  Instal | 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 tlenu  Instal |  | 2850307 | 1 | 07/2017 | | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 22 | Dozownik tlenu  Instal |  | 2840307 | 1 | 07/2017 | | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 23 | Dozownik tlenu  Instal |  | 2860307 | 1 | 07/2017 | | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 24 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 25 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | O/Pediatryczny |  |  |  |  |
| 26 | Dozownik tlenu  Instal |  | 01258 | 1 | 07/2017 | | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 27 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 28 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 29 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | O/Neurologiczny |  |  |  |  |
| 30 | Dozownik tlenu  Instal |  | 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 tlenu  Instal |  | brak | 9 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 33 | Dozownik tlenu  Instal |  | 034 | 1 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 34 | Dozownik tlenu  Instal |  | 035 | 1 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 35 | Dozownik tlenu  Instal |  | 036 | 1 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 36 | Dozownik tlenu  Instal |  | 037 | 1 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 37 | Dozownik tlenu  Instal |  | 038 | 1 | 07/2017 | | O/Chorób Wewnętrznych |  |  |  |  |
| 38 | Dozownik tlenu |  | 01265 | 1 | 07/2017 | | O/Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 39 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 7 | 07/2017 | | O/Kardiologiczny |  |  |  |  |
| 40 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 4 | 07/2017 | | O/Chirurgiczny |  |  |  |  |
| 41 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 2 | 07/2017 | | O/Urologiczny |  |  |  |  |
| 42 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 2 | 07/2017 | | O/Ortopedyczny |  |  |  |  |
| 43 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 4 | 07/2017 | | O/Geriatryczny |  |  |  |  |
| 44 | Dozownik tlenu  Instal |  | 23/09 | 1 | 07/2017 | | O/Geriatryczny |  |  |  |  |
| 45 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 3 | 07/2017 | | O/Neonatologiczny |  |  |  |  |
| 46 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 4 | 07/2017 | | O/Położn/Ginekologiczny |  |  |  |  |
| 47 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 2 | 07/2017 | | Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| 48 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 1 | 07/2017 | | Prac Endoskopii |  |  |  |  |
| 49 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 2 | 07/2017 | | Blok Operacyjny |  |  |  |  |
| 50 | Dozownik tlenu  Instal |  | brak | 7 | 07/2017 | | OAiIT |  |  |  |  |
| 51 | Regulator próżni  Instal | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Krzesełko  Saver | S240E  2008 | AS021502 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 2 | Nosze transportowe  Ferno | EFX  2008 | 07-061656 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 3 | Podbierak Scoop  Ferno | EXL  2008 | 043510 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 4 | Transporter  Ferno | EFX  2008 | 07-060391 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 5 | Krzesło transportowe  Saver | S240E  2006 | As014111 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 6 | Nosze transportowe  Atomic | D 3000 | 57440508 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 7 | Nosze podbierakowe  Ferno | Sr 1  2003 | A59444 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 8 | Nosze podbierakowe  Ferno | Sr 1  2003 | L-220389 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 9 | Nosze transportowe  Atomic | D 3000 | 62080410 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 10 | Krzesło transportowe  Saver | S240E  2006 | As06480 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 11 | Nosze transportowe  Atomic | D 3000 | 5089/0706 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 12 | Nosze podbierakowe  Ferno | Sr 1  2003 | L-456813 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 13 | Nosze transportowe  Atomic | D 3000 | 5467/0407 | 1 | 04/2017 | Izba przyjęć |  |  |  |  |
| 14 | Nosze podbierakowe  Ferno | Sr 1  2003 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Respirator prosty  Bear Medical USA | | Bear 1000  1998 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Respirator  Hamilton Medical | | typ C-1, | 3547 | 1 | 01/2018 | | OIiAT |  | | |  | |  | |  |
| 2. | Respirator  Hamilton Medical | | typ C-1 | 3558 | 1 | 12/2017 | | OIiAT |  | | |  | |  | |  |
| 3. | Respirator  Hamilton Medical | | typ C-1, | 1405, | 1 | 07/2017 | | OIiAT |  | | |  | |  | |  |
| 4. | Respirator  Hamilton Medical | | typ C-1 | 1427 | 1 | 08/2017 | | OIiAT |  | | |  | |  | |  |
| 5. | Respirator  Hamilton Medical | | RAPHAEL  2005 | 5289/05 | 1 | 10/2017 | | OIiAT |  | | |  | |  | |  |
| 6. | Respirator  Hamilton Medical | | RAPHAEL  2005 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Respirator transportowy  SIARE | | SIRIO Plus  2009 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Respirator transportowy  Weinmann | | Medumat Standard  1999 | 2794 | 1 | 07/2017 | | O/Kardiolog |  | | |  | |  | |  |
| 2. | Respirator transportowy  Weinmann | | Medumat Standard  2003 | 7748 | 1 | 05/2017 | | Blok Oprac. |  | | |  | |  | |  |
| 3. | Respirator transportowy  Weinmann | | Medumat Compact  1994 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Respirator  Neo Plus Medin | | Sindi  2016 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Aparat do znieczulania  Datex Ohmeda | | AESTIVA  2000 | AMVE00158 | 1 | 12/2017 | | O/Położn/Ginekolog |  | |  | |  | |  |
| 2. | Aparat do znieczulania  Datex Ohmeda | | AESTIVA  2000 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Aparat do znieczulania z zestawem komp. SPACELABS | | ”Sirius”  2007 | 0411107 | 1 | 12/2017 | | Blok Oprac. |  | |  | |  | |  |
| 2. | Ap.do znieczulania  SPACELABS | | Blease Sirius  2010 | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | | Wartość łączna netto | | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Ap.do znieczulania  MEDEC | | Saturn Evo  2011 | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast. testów spec.-przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Ap. RTG-stomatologiczny  Farum w-wa | MIDAX-8/X70  2000 | 089 | 1 | VI/2017  05/2017 | | DDO |  |  |  |  |
| 2. | Mammograf  GEMS-Francja | STAT IF 700T  1999 | 283924BU9 | 1 | VI/2017  05/2017 | | DDO |  |  |  |  |
| 3. | Ap.RTG  GE Medical Systems | PROTEUS XR/i  A6563-02  2005 | GE-10025 | 1 | VI/2017  05/2017 | | DDO |  |  |  |  |
| 4. | Ap.RTG-przyłóżkowy jezdny  IMD Italy | Basic100-30  2005 | 005/0500294 | 1 | VI/2017  05/2017 | | OIiAT |  |  |  |  |
| 5. | Ap.RTG Radius S9 /ramię C/  IMD -Włochy | Radius S9  2005 | 017/05/00186 | 1 | VI/2017  05/2017 | | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Skaner CR  Kodak | | CR Elite  2015 | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Wywoływarka RTG  Protec | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego-walidacji | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Wirówka  MPW Med | MPW350e | 10350e024504 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 2. | Cieplarka lab  Poleko | CLW 53ECO | CW5ED09350 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 3. | Cieplarka urz. do suchego rozmrażania osocza krwi  Transmed-Sarstedt | Sachara III | 99122169 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 4. | Lodówka dwukomorowa  Poleko | CHL3A/103A10 | C33AB09182 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 5. | Lodówka dwukomorowa  Poleko | CHL 3/3+ | C33AF131086 | 1 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 6. | Pojemnik termostatyczny/do transportu krwi/ |  |  | 2 | 17.05..2017 | DDL |  |  |  |  |
| 7. | Zamrażarka  WHIRPOOL | 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 dwukomorowa  Poleko | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Myjnia dezynfektor  Getinge | | 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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Sterylizator parowy  Chirana | | PS-260  1979 | 79425 | 1 | 04/2017 | Centr.Sterylizacja | |  |  |  | |  |
| 2. | Sterylizator parowy  Chirana | | PS-620  1980 | 80885 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja | |  |  |  | |  |
| 3. | Zgrzewarka  Wipak Medical | | Steriking RS 120  2000 | 03202023 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja | |  |  |  | |  |
| 4. | Zgrzewarka  Wipak Medical | | Steriking RS 120  2007 | 03202023 | 1 | 05/2017 | Centr.Sterylizacja | |  |  |  | |  |
| 5. | Destylator wody  Chirana | | DE 61/1  1984 | 841513 | 1 | 04/2017 | Apteka szpitalna | |  |  |  | |  |
| 6. | Destylator wody  Chirana | | DE 61/1  1993 | 93086 | 1 | 04/2017 | Apteka szpitalna | |  |  |  | |  |
| 7. | Autoklaw  SMS | | A-7 | 687 | 1 | 04/2017 | DDL | |  |  |  | |  |
| 8. | Autoklaw | | A-10mini | 2213 | 1 | 04/2017 | DDL | |  |  |  | |  |
| 9. | Autoklaw  SMS | | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Wanna do masażu wirowego k.górnych—Technomex | WKG  2008 | 0015/2008 | 1 | 04/2017 | | O/Rehabilitacji |  |  |  |  |
| 2. | Wanna do masażu wirowego k.dolnych-- Meden-Inmed Koszalin | WKD  2008 | 0058/2008 | 1 | 04/2017 | | O/Rehabilitacji |  |  |  |  |
| 3. | Wanna do masażu wirowego  kończyn górnych-Technomex | 1114E  2010 | H/1003/0127 | 1 | 05/2017 | | Gab.Rehab.Zabieg |  |  |  |  |
| 4. | Wanna do masażu wirowego  kończyn dolnych kręgosłupa  Meden-Inmed | WKR  2015 | 0103/2015 | 1 | 05/2017 | | Gab.Rehab.Zabieg |  |  |  |  |
| 5. | Wanna do masażu podwodnego  Baden-Baden | typ 011  1999 | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1. | Audiometr impedancyjny  GN Otometrics A/S. | ZODIAC 901  2005 | 215078 | 1 | 04/2017 | | Poradnia  Laryngologiczna |  |  |  |  |
| **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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Spirometr  MES | LUNGTEST 500 | 00364 | 1 | 09//2017 | | P/Chorób Płuc |  |  |  |  |
| 2. | Spirometr  MES | Lungtest 1000S | 00531 | 1 | 03/2018 | | P/Chorób Płuc |  |  |  |  |
| 3. | Spirometr  BTL | BTL-08  2013 | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Waga osobowa  Radwag | WPT 60/150  2012 | 360173/12 | 1 | 06/2017 | | NEUROLOGICZNY |  |  |  |  |
| 2 | Waga dziecięca | BM4500  2009 | 04/2009 | 1 | 06/2017 | | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 3 | Waga dziecięca  Laika | LAICA | brak | 1 | 06/2017 | | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 4 | Waga osobowa  Radwag | WPT 60/150  2012 | 347814/12 | 1 | 06/2017 | | PEDIATRYCZNY |  |  |  |  |
| 5 | Waga  Radwag | WPT 500C  2009 | 254851/09 | 1 | 06/2017 | | KARDIOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 6 | Waga  Radwag | WPT60/150  2008 | 2344059/08 | 1 | 06/2017 | | KARDIOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 7 | Waga  Radwag | WPT 06/150  2009 | 264758/09 | 1 | 06/2017 | | WEWNĘTRZNY |  |  |  |  |
| 8 | Waga  Laica | PS 3001  2010 | 03/2010 | 1 | 06/2017 | | POŁOŻNICZO  GINEKOLOGICZNY |  |  |  |  |
| 9 | Waga elektroniczna  Fawag | TP 150/1/WTL | 3072 | 1 | 06/2017 | | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 10 | Waga elektroniczna  Fawag | WPT 15DC  2000 | 68736 | 1 | 06/2017 | | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 11 | Waga elektroniczna  Radwag | WPT 60/150  2014 | 429202/14 | 1 | 06/2017 | | IZBA PRZYJĘĆ |  |  |  |  |
| 12 | Waga osobowa  Radwag | WPT60/150 OW  2015 | 466759/15 | 1 | 06/2017 | | P/ Endokrynologiczna |  |  |  |  |
| 13 | Waga osobowa  Radwag | WPT60/150 |  | 1 | 06/2017 | | Medycyna  pracy |  |  |  |  |
| **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 aparatu  Producent | | Typ  Rok prod. | Nr. Fabr. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | Miejsce instalacji | | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Ap.EEG  Meddwe | | DIGITRACK  2008 | 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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 aparatu  Producent | Typ  Rok prod. | Liczba  urządzeń | Termin nast.  przeglądu technicznego | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | KLIMATYZATOR | CHIGO  CS-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 | CHIGO  CS-35H 3A | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 17 | KLIMATYZATOR | CHIGO  KFR-35GW | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 18 | KLIMATYZATOR | CHIGO  KFR-51GW | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 19 | KLIMATYZATOR | CHIGO  KFR-25GW | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 20 | KLIMATYZATOR | CHIGO  CS-35H 3A | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 21 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH 24 AIE | 1 | 04/2017 | | STERYLIZACJA |  |  |  |  |
| 22 | KLIMATYZATOR | CHIGO  KFR 616W/X1C | 1 | 04/2017 | | STERYLIZACJA |  |  |  |  |
| 23 | KLIMATYZATOR | CHIGO  CS-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 | CHIGO  CS-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 | CHIGO  CS-35V 3 | 1 | 04/2017 | | LABOLATORIUM |  |  |  |  |
| 31 | KLIMATYZATOR | SINCLAIRE ASH-12AIE | 1 | 04/2017 | | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA |  |  |  |  |
| 32 | KLIMATYZATOR | CHIGO  KFR-51 GW | 1 | 04/2017 | | ŚWIETLICA |  |  |  |  |
| 33 | KLIMATYZATOR | CHIGO  CS-35H 3A | 1 | 04/2017 | | PORADNIA ORTOPEDYCZNA |  |  |  |  |
| 34 | KLIMATYZATOR | CHIGO  CS-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 | CHIGO  CS-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 | | NOWORODKI  SALA 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 | Liczba  Urządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 1 | Przegląd okresowy i regulacja palników kotłów | 4 palniki gazowo-olejowe  Palniki 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 | Liczba  Urządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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 | | kotłownia  laboratorium |  |  |  |  |
|  | **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 | Liczba  Urządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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 | Liczba  Urządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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 | Liczba  Urządzeń – instalacji – badań | Termin przeglądu | | Miejsce instalacji | Koszt jednostkowy netto za jeden przegląd | Wartość łączna netto | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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 | Stawka  podatku  VAT (%) | Wartość łączna  brutto |
| 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