**Załącznik nr 1**

**EZP/ 54/20**

**Informacje ogólne o komunikacji elektronicznej dotyczące postępowania przetargowego.**

Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami w niniejszym postępowaniu odbywa się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, tj. „Platformy Zakupowej" dostępnej pod adresem [**https://platformazakupowa.pl/skpp**](https://platformazakupowa.pl/skpp)

 Wymagania techniczne i organizacyjne opisane zostały w **Regulaminie platformazakupowa.pl,** który jest uzupełnieniem niniejszej instrukcji.

1. Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w języku polskim.
2. Informacje i dokumenty związane z przedmiotowym postępowaniem zostały zamieszczone w zakładce „Postępowania". W celu zapoznania się z zamieszczonymi informacjami lub dokumentami należy przejść do tej zakładki.
3. **Poniżej Zamawiający przedstawia wymagania techniczno-organizacyjne związane z udziałem Wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:**

**A/** Ofertę może złożyć Wykonawca na Platformie Zakupowej. W celu założenia konta na Platformie Zakupowej należy wybrać zakładkę „Załóż konto", następnie należy wypełnić formularze i postępować zgodnie z poleceniami wyświetlającymi się na ekranie monitora.

- Wykonawca składa ofertę za pośrednictwem **Formularz składania oferty** dostępnym na **platformie zakupowej** w konkretnym postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego.

- Zaleca się, aby każdy dokument zawierający tajemnicę przedsiębiorstwa został zamieszczony w odrębnym pliku tj. w miejscu przeznaczonym na zamieszczenie tajemnicy przedsiębiorstwa.

- Wraz z ofertą należy złożyć wszystkie wymagane, wymienione przez Zamawiającego w SIWZ dokumenty: m.in. JEDZ oraz pełnomocnictwo i opatrzone (każde indywidualnie) kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

- Po wypełnieniu **Formularza składania oferty** i załadowaniu wszystkich wymaganych załączników należy kliknąć przycisk **„Przejdź do podsumowania”. Oferta oraz dokumenty muszą być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, zgodnie z wymogiem Zamawiającego.**

**- Należy sprawdzić poprawność złożonej oferty oraz załączonych plików.**

**B/**  Złożenie oferty oraz oświadczenia (JEDZ), o którym mowa w art. 25a z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tj.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1843; dalej: „ustawa"), wymaga od Wykonawcy posiadania kwalifikowanego podpisu elektronicznego.

**C/** Wykonawca składa ofertę, która w przypadku prawidłowego złożenia zostaje automatycznie zaszyfrowana przez system. Nie jest możliwe zapoznanie się z treścią złożonej oferty przed upływem terminu otwarcia ofert.

**D/** Podpisanie dokumentów w formie skompresowanej poprzez opatrzenie całego pliku jednym podpisem kwalifikowanym jest równoznaczne z poświadczaniem za zgodność z oryginałem wszystkich elektronicznych kopii dokumentów. Jeśli Wykonawca pakuje dokumenty np. w plik ZIP zalecamy wcześniejsze podpisanie z osobna każdego ze kompresowanych plików.

Dokumenty, JEDZ oraz pełnomocnictwo powinny zostać podpisane indywidualnie (każdy z nich) kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**E/** Występuje limit objętości plików lub spakowanych folderów w zakresie całej oferty lub wniosku dopuszczalna wielkość jednego pliku  **150 MB przy maksymalnej ilości 10 plików.**

**Zamawiający, zgodnie z § 3 ust, 3 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa dopuszczalne formaty przesyłanych danych, tj. plików o wielkości 150 MB. Zalecany format: -pdf.**

**F/** Za datę przekazania oferty przyjmuje się datę jej przekazania w systemie (platformie) w drugim kroku składania oferty poprzez kliknięcie przycisku “Złóż ofertę” i wyświetlenie się komunikatu, że oferta została zaszyfrowana i złożona.

**G/** Wykonawca przed upływem terminu do składania ofert może zmienić, wycofać ofertę za pośrednictwem **Formularza składania oferty.**

 - Z uwagi na to, że oferta jest zaszyfrowana nie można jej edytować. Przez zmianę oferty rozumie się złożenie nowej oferty i wycofanie poprzedniej, jednak należy to zrobić przed upływem terminu (zakończenia) wyznaczonego na składanie ofert w postępowaniu.

 - Jeżeli wykonawca składający ofertę jest zautoryzowany (zalogowany), to wycofanie oferty następuje od razu po złożeniu nowej oferty.

 - Wycofanie oferty jest możliwe do zakończenia terminu składania ofert.

 **- System pozwala na złożenie oferty po terminie przy kliknięciu przycisku „Odblokuj formularz”, ale w przypadku złożenia oferty po terminie Wykonawca otrzymuje automatyczny komunikat, że oferta została złożona po terminie.**

**4. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępnienia i przechowywania dokumentów elektronicznych Dz.U.z 2017 r. poz. 1320; dalej: „Rozporządzenie w sprawie środków komunikacji"), określa niezbędne wymagania sprzętowo – aplikacyjne umożliwiające pracę na Platformie Zakupowej, tj.:**

1. stały dostęp do sieci Internet o gwarantowanej przepustowości nie mniejszej niż 512 kb/s,
2. komputer klasy PC lub MAC, o następującej konfiguracji: pamięć min. 2 GB Ram, procesor Intel IV 2 GHZ lub jego nowsza wersja, jeden z systemów operacyjnych - MS Windows 7, Mac Os x 10.4, Linux, lub ich nowsze wersje,
3. zainstalowana dowolna przeglądarka internetowa; w przypadku Internet Explorer minimalnie wersja 10.0.,
4. włączona obsługa JavaScript,
5. zainstalowany program Adobe Acrobat Reader, lub inny obsługujący format plików pdf.

5. Zamawiający, zgodnie z § 3 ust. 3 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa informacje na temat kodowania i czasu odbioru danych, tj.:

1. Plik załączony przez Wykonawcę na Platformie Zakupowej i zapisany nie jest widoczny dla Zamawiającego, gdyż jest w systemie jako zaszyfrowany. Możliwość otworzenia pliku dostępna jest dopiero po odszyfrowaniu przez system, co następuje po terminie otwarcia ofert,
2. Oznaczenie czasu odbioru danych przez Platformę stanowi przypiętą do oferty elektronicznej datę oraz dokładny czas (hh:mm:ss), znajdujące się w kolumnie dotyczącej danej oferty, w sekcji - "Data złożenia oferty".

6. Zamawiający, zgodnie z § 4 Rozporządzenia w sprawie środków komunikacji, określa dopuszczalny format kwalifikowanego podpisu elektronicznego jako:

1. dokumenty w formacie .pdf zaleca się podpisywać formatem PAdES;
2. dopuszcza się podpisanie dokumentów w formacie innym niż .pdf, wtedy zaleca się użyć formatu XAdES.

Wykonawca przystępując do niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, akceptuje warunki korzystania z Platformy Zakupowej, określone w Regulaminie zamieszczonym na stronie internetowej pod adresem [**https://platformazakupowa.pl/skpp**](https://platformazakupowa.pl/skpp) w zakładce „Regulamin" oraz uznaje go za wiążący.

Zamawiający informuje, że instrukcje korzystania z Platformy Zakupowej dotyczące w szczególności logowania, pobrania dokumentacji, składania wniosków o wyjaśnienie treści siwz, składania ofert oraz innych czynności podejmowanych w niniejszym postępowaniu przy użyciu Platformy Zakupowej znajdują się w zakładce „Instrukcje dla Wykonawców" na stronie internetowej pod adresem: link do instrukcji dla wykonawców https://platformazakupowa.pl/strona/45-instrukcje.

1. **Korzystanie z Platformy Zakupowej jest bezpłatne. W celu ułatwienia Wykonawcom korzystania z Platformy Zakupowej operator platformy uruchomił Centrum Wsparcia Klienta, które służy pomocą techniczną pod numerem**

 **tel. 22 101 02 02 lub e-mai: cwk@pl**[**atformazakupowa.pl**](http://atformazakupowa.pl/)

1. **Komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się za pośrednictwem platformazakupowa.pl/skpp.**
2. **W sytuacjach awaryjnych np. w przypadku niedziałania platformazakupowa.pl Zamawiający może również komunikować się z Wykonawcami za pośrednictwem poczty elektronicznej podanej w ogłoszeniu i SIWZ, nie dotyczy składania ofert oraz dokumentów składanych wraz z ofertą**

**Załącznik nr 2**

**EZP/ 54 /20**

 **Przedmiot: Zakup (dostawa) opatrunków -48 pakietów**

**Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego) należy dołączyć do oferty (załącznik do Formularza ofertowego) w wersji elektronicznej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykaz/opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 1**

**Wadium: 1.905,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 5 cm x 5 cm  | a 3 szt. | 70 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 5 cm x 5 cm  | a 5 szt. | 50 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 3 szt. | 80 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 5 szt. | 36 000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 10 szt. | 30 000 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  Kompresy gazowe jałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 20 szt. | 26 000 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  Kompresy jałowe gazowe 8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 10 cm x 10 cm | a 3 szt. | 200 000 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  Kompresy jałowe gazowe 8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 10 cm x 10 cm | a 5 szt. | 30 000 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  Kompresy jałowe gazowe 8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 10 cm x 20 cm | a 3 szt. | 70 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) …………………………………………………….…………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 2**

**Wadium: 280,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe z nitką RTG  | 10 cm x 10 cm | a 10szt | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe z nitką RTG  | 10 cm x 10 cm | a 20 szt. | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe z nitką RTG  | 10 cm x 10 cm | a 50 szt. | 1 400 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kompresy gazowe jałowe 17 nitkowe, 8 warstwowe z nitką RTG  | 10 cm x 10 cm | a 100 szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) …………………………………………………….…………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 3**

**Wadium: 140,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Kompres włókninowy z wyciêciem „Y” 40 G 4 warstwy | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 3 szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kompres włókninowy z wyciêciem „Y” 40 G 4 warstwy | 10 cm x 10 cm | a 3 szt. | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Kompres włókninowy z wyciêciem „o” 40 G 4 warstwy | 10 cm x 10 cm | a 3 szt. | 7 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxx | xxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 4**

**Wadium: 70,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Kompresy włókninoweałowe o dużej chłonności (typu Zetuvit lub porównywalne) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Kompresy włókninowe jałowe o dużej chłonności (typu Zetuvit lub porównywalne) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 20 cm | a 1 szt. | 8 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Kompresy włókninowe jałowe o dużej chłonności (typu Zetuvit lub porównywalne) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 20 cm x 20 cm | a 1 szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 5**

**Wadium: 1.790,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Kompresy gazowe niejałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 5 cm x 5 cm  | a 100 szt. | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kompresy gazowe niejałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 7,5 cm x 7,5 cm  | a 100 szt. | 28 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kompresy gazowe niejałowe (8 warstwowe, 17 nitkowe)  | 10 cm x 10 cm | a 100 szt. | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………………….…..................

Słownie: …………………………………………………………………………………….......

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 6**

**Wadium: 50.00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Gaza niejałowa, bielona 17 nitkowa  | 0,90 cm  | 1 mb  | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 7**

**Wadium: 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Gaza opatrunkowa jałowa, 17 nitkowa, bielona , 100% bawełna  | 1 m x 1 m  | a 1 szt. | 18 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Gaza opatrunkowa jałowa, 17 nitkowa, bielona , 100% bawełna  | 0,5 m x 1 m  | a 1 szt. | 16 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………….....................................................................................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 8**

**Wadium: 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Plaster z tkaniny wiskozowej do mocowania opatrunków (typu Polovis lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione)  | 2,5 cm x 5 m | a 1 szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Plaster z tkaniny wiskozowej do mocowania opatrunków (typu Polovis lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione)  | 5 cm x 5 m | a 1 szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 9**

**Wadium: 175,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Plaster hipoalergiczny perforowany, przezroczysty (typu transpore lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 5 cm x 9,14 m | a 1 szt. | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Plaster hipoalergiczny perforowany, przezroczysty (typu transpore, lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 2,5 cm x 9,14 m | a 1 szt. | 18 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 10**

**Wadium: 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Plaster z opatrunkiem włókninowym na tkaninie, hipoalergiczny | 6 cm x 1 m | a 1 szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………….……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 11**

**Wadium: 115,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Elastyczna włókninowa taśma samoprzylepna o bardzo dobrej przylepności, hipoalergiczna, zabezpieczona od spodu papierem ułatwiającym równomierne dzielenie (typu Pharmafix lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 2,5 cm x 10 cm | a 1 szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Elastyczna włókninowa taśma samoprzylepna o bardzo dobrej przylepności, hipoalergiczna, zabezpieczona od spodu papierem ułatwiającym równomierne dzielenie (typu Pharmafix lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 20 cm x 10 cm | a 1 szt. | 1 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 12**

**Wadium: 60,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Plaster hipoalergiczny, jedwabny, . Łatwo dostosowuje się do kształtu ciała pacjenta (typu Durapore lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 2,5 cm x 9,14 m  | a 1 szt. | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………….…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 13**

**Wadium: 100,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opaska dziana podtrzymująca, wiskozowa | 5 cm x 4 m | a 1 szt. | 1600 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Opaska dziana podtrzymująca, wiskozowa | 10 cm x 4 m | a 1 szt. | 30 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Opaska dziana podtrzymująca, wiskozowa | 15 cm x 4 m | a 1 szt. | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 14**

**Wadium: 110,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opaska elastyczna do bardzo silnego ucisku z zapinkami 2 szt, 100 % bawełny (typu MATOPRESS lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 8 cm x 5 m | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Opaska elastyczna do bardzo silnego ucisku z zapinkami 2 szt, 100 % bawełny (typu MATOPRESS lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 5 m | a 1 szt. | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Opaska elastyczna do bardzo silnego ucisku z zapinkami 2 szt, 100 % bawełny (typu MATOPRESS lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 12 cm x 5 m | a 1 szt. | 900 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………….…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 15**

**Wadium: 285,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opaska elastyczna | 15 cm x 5 m  | a 1 szt. | 25 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………….…..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 16**

**Wadium: 125,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Rękaw opatrunkowy o dużej elastyczności do podtrzymywania opatrunków ( typu Stulpa fix lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione długość 25 m w stanie rozcięgniętym  | 2 | a 1 szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Rękaw opatrunkowy o dużej elastyczności do podtrzymywania opatrunków ( typu Stulpa fix lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione długość 25 m w stanie rozcięgniętym  | 3 | a 1 szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Rękaw opatrunkowy o dużej elastyczności do podtrzymywania opatrunków ( typu Stulpa fix lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione długość 25 m w stanie rozcięgniętym  | 4 | a 1 szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  Rękaw opatrunkowy o dużej elastyczności do podtrzymywania opatrunków ( typu Stulpa fix lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione długość 25 m w stanie rozcięgniętym  | 5 | a 1 szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………….…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 17**

**Wadium: 5,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Folia chirurgiczna jałowa, hipoalergiczna, o wysokiej przylepności do skóry (typu Steri-Drape lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione ) | 50 cm x 45 cm | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu ( bez VAT) :………………………………………………………………..............

Słownie : ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT ) ………………………………………………………………..................

Słownie : ……………………………………………………………………………………........

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 18**

**Wadium: 120,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Folia chirurgiczna jałowa, hipoalergiczna, o wysokiej przylepności do skóry (typu Folflex lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione )  | 15 cm x 28 cm  | a 1 szt. | 2 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Folia chirurgiczna jałowa, hipoalergiczna, o wysokiej przylepności do skóry (typu Folflex lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione ) | 28 cm x 30 cm  | a 1 szt. | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Folia chirurgiczna jałowa, hipoalergiczna, o wysokiej przylepności do skóry (typu Folflex lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione ) | 40 cm x 42 cm | a 1 szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  Folia chirurgiczna jałowa, hipoalergiczna, o wysokiej przylepności do skóry (typu Folflex lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione ) | 10 cm x 14 cm | a 1 szt. | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

 **Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 19**

**Wadium: 655,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Serweta operacyjna jałowa z nitką radiacyjną i tasiemką, 100 % bawełny, (8 warstwowe, 17 nitkowe) | 45 cm x 45 cm | a 5 szt. | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Serweta operacyjna jałowa z nitką radiacyjną i tasiemką, 100 % bawełny, (8 warstwowe, 17 nitkowe) | 45 cm x 45 cm | a 3 szt. | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Serweta operacyjna jałowa z nitką radiacyjną i tasiemką, 100 % bawełny, (8 warstwowe, 17 nitkowe) | 45 cm x 45 cm | a 2 szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Serweta operacyjna jałowa z nitką radiacyjną i tasiemką, 100 % bawełny, (8 warstwowe, 17 nitkowe) | 30 cm x 30 cm | a 2 szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 20**

**Wadium: 475,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Wata celulozowa (lignina) – arkusze, 100 % bielona | 40 cm x 60 cm | a 5 kg  |  1600 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………….....................................................................................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 21**

**Wadium: 55,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Wchłanialna gąbka żelatynowa tamująca krwawienie ( typu Equispon lub równoważny )o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 8 cm x 5 cm x 1 cm | a 1 szt. | 640 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Wchłanialna gąbka żelatynowa tamująca krwawienie ( typu Equispon lub równoważny )o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 8 cm x 5 cm x 0,1 cm | a 1 szt. | 640 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………………….…..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 22**

**Wadium: 395,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek włókninowy, jałowy hipoalergiczny do mocowania kaniul typu Venaplast lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 7,6 cm x 5,1 cm  | a 1 szt. | 250 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 23**

**Wadium: 185,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | .Jałowy, samoprzylepny opatrunek stosowany na sączące się rany pooperacyjne (typu Cosmopor lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 5 cm x 7 cm | a 1 szt. | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | .Jałowy, samoprzylepny opatrunek stosowany na sączące się rany pooperacyjne (typu Cosmopor lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 10 cm x 8 cm | a 1 szt. | 40 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | .Jałowy, samoprzylepny opatrunek stosowany na sączące się rany pooperacyjne (typu Cosmopor lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 20 cm x 8cm | a 1 szt. | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | .Jałowy, samoprzylepny opatrunek stosowany na sączące się rany pooperacyjne (typu Cosmopor lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 35 cm x 10cm | a 1 szt. | 8 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 24**

**Wadium: 45,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek zawierający jałowy kompres typu Opsite lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 8,5 cm x 9,5 cm | a 1 szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………..…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 25**

**Wadium: 1.950,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Sterylny przezroczysty, półprzepuszczalny opatrunek do zabezpieczania cewników centralnych o wysokiej przylepności i przepuszczalności dla pary wodnej,podwójny klej na części włokninowej i foliowej, klej akrylowy wzmocnienie włókniną obrzeża opatrunku z 4 stron, proste wycięcie na port pionowy,zaokrąglone brzegi , laminowany pasek, wykonany z mocnej rozciągliwej włókniny, laminowana metka do oznaczenia, odporny na działanie środków dezynfekcyjnych zawierających alkohol, niepylące,  | 8,5 cm x 11,5 cm | a 1 szt. | 28 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Sterylny przezroczysty, półprzepuszczalny opatrunek do zabezpieczania cewników centralnych o wysokiej przylepności i przepuszczalności dla pary wodnej,podwójny klej na części włokninowej i foliowej, klej akrylowy wzmocnienie włókniną obrzeża opatrunku z 4 stron, proste wycięcie na port pionowy,zaokrąglone brzegi , laminowany pasek, wykonany z mocnej rozciągliwej włókniny, laminowana metka do oznaczenia, odporny na działanie środków dezynfekcyjnych zawierających alkohol, niepylące, zawierajace chlorheksydynę | 8,5 cm x 11,5 cm | a 1 szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………...................................................................................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 26**

**Wadium:905,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | System opatrunkowy do stabilizacji i zabezpieczenia wkłuć donaczyniowych, złożony z folii pokrytej klejem (bez lateksu), obramowanie oraz nacięcie muszą być wzmocnione włókniną w celu uszczelnienia. Opatrunek powinien być oddychający, wodoodporny i nieprzepuszczający dla cieczy, bakterii ani wirusów. | 9 cm x 12 cm | a 1 szt. | 25 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | System opatrunkowy do stabilizacji i zabezpieczenia wkłuć donaczyniowych, złożony z folii pokrytej klejem (bez lateksu), obramowanie oraz nacięcie muszą być wzmocnione włókniną w celu uszczelnienia. Opatrunek powinien być oddychający, wodoodporny i nieprzepuszczający dla cieczy, bakterii ani wirusów. | 10 cm x 14 cm | a 1 szt. | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | System opatrunkowy do stabilizacji i zabezpieczenia wkłuć donaczyniowych, złożony z folii pokrytej klejem (bez lateksu), obramowanie oraz nacięcie muszą być wzmocnione włókniną w celu uszczelnienia. Opatrunek powinien być oddychający, wodoodporny i nieprzepuszczający dla cieczy, bakterii ani wirusów. | 7 cm x 9 cm | a 1 szt. | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………..…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 27**

**Wadium: 20,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Tupfery gazowe jałowe typu fasola (z gazy 17 nitkowej)  | 15 cm x 15 cm | a 5 szt. | 1200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………………....................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 28**

**Wadium: 595,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Podkłady jednorazowe  | 90 cm x 60 cm | a 30 szt. |  4000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 29**

**Wadium: 1.245,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Pieluchomajtki dla dorosłych posiadające elastyczne ściągacze taliowe, podwójne przylepcorzepy, warstwa zewnętrzna pieluchy powinna być wykonana z włókniny oddychającej. Możliwość realizacji w innych rozmiarch: S, M, XL | large | a 10 szt. | 10000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 30**

**Wadium: 10,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Płatki kosmetyczne, bawełna 100% | 7,5 cm x 7,5cm | a 50 szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 31**

**Wadium: 11,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Patyczki higieniczne o długości min. 7,5 cm i długości wacika 1,5 cm | --------- | a 160 szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 32**

**Wadium: 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Wkładka – podkład **niejałowy** ginekologiczny specjalistyczny niezbędny po zabiegach ginekologicznych jako zabezpieczenie przed krwawieniem,  | 34 cm x 9cm | a 1 szt. | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………….....................................................................................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 33**

**Wadium: 11,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Podpaska o grubości ok. 7 mm,bez osłonek, bez skrzydełek typu bella normal lub porównywalna o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | normal | a 10 szt. | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 34**

**Wadium: 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Gaziki do dezynfekcji nasączone alkoholem izopropylenowym o stężeniu min 70% - | 6 cm x 3 cm | a 100 szt. |   1000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………....................................................................................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 35**

**Wadium: 210,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Gaziki do dezynfekcji **jałowe** nasaczone alkoholem izopropylenowym o stężeniu min 70%  | 12 cm x 9 cm | a 100 szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………..…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 36**

**Wadium: 50,00 zł**

**Elementy do zastosowania w urządzeniu RENASYS EZ., będących na stanie szpitala,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Jednorazowy zbiornik, pojemności 250ml z drenem przeźroczystymzakończonym filtrem do podłączenia z aparatem do podciśnieniowego leczeniaran, oraz dodatkowym drenem zakończonym z jednej strony szybkozłączką, a zdrugiej końcówką do podłączenia ze zbiornikiem. Kompatybilny zurządzeniem RENASYS EZ | 250 ml | a 1 szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej - mały.Skład zestawu: opatrunek piankowy w wymiarach 10 x 8 x 3cm - 1szt.; miękki port z drenemDren z jednej strony zakończony szybkozłączką kompatybilną z kanistrem - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna o wymiarach min. 20 x 30 cm - 1 szt. |  | zestaw | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Jałowy piankowy zestaw opatrunkowy do terapii podciśnieniowej – średni.Skład zestawu: opatrunek piankowy o wymiarach 20x12,5x3cm - 1szt.; miękki port z drenemDren z jednej strony zakończony szybkozłączką kompatybilną z kanistrem - 1 szt.; folia samoprzylepna, okluzyjna o wymiarach min. 20 x 30 cm - 2 szt. |   | zestaw | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………..………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 37**

**Wadium: 3.445,00 zł**

**Elementy do zastosowania w urządzeniu V.A.C., będących na stanie szpitala,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek do terapii V.A.C. (mały) | 100 mm x 75 mm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Opatrunek do terapii V.A.C. (średni) | 180 mm x 125 mm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Opatrunek do terapii V.A.C. (duży) | 256 mm x 160 mm | a 1szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kanister do terapii podciśnieniowej V.A.C. | 500 ml | a 1szt. | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Paski żelowe V.A.C. | żelowe | a 1szt. | 32,40 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Trójnik V.A.C. | - | a 1szt. | 64,80 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Opatrunek do terapii V.A.C. abdominal | do brzucha | a 1szt. | 1 242 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Opatrunek do terapii V.A.C. biały | 10 cm x 7.5 cm x 1 cm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Opatrunek do terapii V.A.C. biały | 10cm x 15 cm x 1 cm | a 1szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | V.A.C. Prevena customizable Peel&Place Dressing | 90 cm x 9,8 cm x 1,8 cm | a 1szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | V.A.C. podkładka z przezroczystym drenem odprowadzajacym wydzielinę SENSA TRAC PAD ONLY  | - | a 1szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | V.A.C. samoprzylepna folia do mocowania i uszczelniania opatrunku | - | a 1szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Jednorazowy zbiornik do urządzenia V.A.C. Ulta, do gromadzenia wydzieliny z rany, z bakteriobójczy żelem, z hydrofobowym filtrem z węglem aktywnym, filtrem antybakteryjnym, drenem, zaciskiem do drenu i złączem do podłączania do drenu. Zbiornik z żelem 1000ml | 1000 ml | a 1szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Zestaw Opatrunkowy V.A.C. VeraFlo Dressing **Small**. Opatrunek w kształcie Spirali (11x8x1,8) 2szt podkładka T.R.A.C. Pad ssąco płuczący umożliwiający odsysanie i płukanie rany. | Kształt Spirali (11x8x1,8)  | a 2szt. | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Zestaw Opatrunkowy V.A.C. VeraFlo Dressing Medium. Opatrunek w kształcie Spirali (17x15x1,8) 2 szt, dren-podkładka T.R.A.C. Pad ssąco płucząca umożliwia odsysanie i płukanie rany.  | Kształt Spirali (17x15x1,8) | a 2szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Kasety do podawania płynu płuczącego VeraLink Cassette | - | a 1szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Zbiornik z żelem /jednorazowy do urządzenia,o pojemności 300 ml,do gromadzenia wydzieliny z rany,z bakteriobójczym żelem ,z hydrofobowym filtrem z węglem aktywnym,filtrem antybakteryjnym, pięcioświatłowym drenem,zaciskiem do drenu i złaczem do podłaczenia drenu | 300 ml | a 1szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Zestaw opatrunków kompatybilny z urządzeniem do podciśnieniowej terapii VAC, złożony z pianki poliuretanowej o rozmiarze 25,4 x 6,4 x 1,8 cm, folii poliuretanowej o wymiarach 35,6 x 20,3 cm oraz drenu łączącego zintegrowanego z opatrunkiem,  | 25,4x6,4x1,8 | a 1szt. | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………..…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 38**

**Wadium: 290,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek hydrokoloidowy gruby o strukturze plastra miodu (typu Granuflex lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 20 cm x 20 cm | a 1 szt. | 270 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  Opatrunek hydrokoloidowy gruby o strukturze plastra miodu (typu Granuflex lub ównoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 15 cm x 15 cm | a 1 szt. | 320 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  Opatrunek hydrokoloidowy gruby o strukturze plastra miodu (typu Granuflex lub ównoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 20 cm x 30 cm | a 1 szt. | 350 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Cienki** opatrunek hydrokoloidowy **samoprzylepny** (typu Granuflex Extra Thin lub ównoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Cienki** opatrunek hydrokoloidowy **samoprzylepny** (typu Granuflex Extra Thin lub ównoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 15 cm x 15 cm | a 1 szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Opatrunek hydrokoloidowy  **z rozszerzoną warstwą pokrywającą** z samoprzylepnym brzegiem, przeznaczony do stosowania na **rany** **narażone na tarcie** (typu Granuflex bordered lub równoważny))o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Pasta hydrokoloidowa absorbująca wysięk z rany(typu Granuflex Pasta lub równoważny))o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 30 g | a 1 szt. | 70 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………..…………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 39**

**Wadium: 3,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Żel przeznaczony do leczenia ran głębokich z martwicą suchą i rozpływową (typu Granugel lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione) | 15 g  | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………..………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 40**

**Wadium: 75,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Poliuretanowy opatrunek o delikatnej strukturze hydrokomórkowej chłonący nadmiar płynu wysiękowego (typu Allevyn adhesive lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 22,5 cm x 22,5 cm | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Poliuretanowy opatrunek o delikatnej strukturze hydrokomórkowej chłonący nadmiar płynu wysiękowego (typu Allevyn adhesive lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 12,5 cm x 12,5 cm | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Poliuretanowy opatrunek hydrokomórkowy do aplikacji w okolicach pięty ( typu Allevyn Heel lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | ----------- | a 1 szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………………..…..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 41**

**Wadium: 430,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek piankowy regulujący wilgotność rany **nieprzylepny**. Wielowarstwowa część chłonna zawiera warstwę kontaktową hydrofiber ( włókna karbosymetylocelulozy sodowej) oraz warstwę pianki poliuretanowej typu Aquacel Foamo lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Opatrunek piankowy regulujący wilgotność rany. Wielowarstwowa część chłonna zawiera warstwę kontaktową hydrofiber ( włókna karbosymetylocelulozy sodowej) oraz warstwę pianki poliuretanowej. Opatrunek **przylepny** z dodatkową silikonową warstwą klejącą typu Aquacel Foam. lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 12,5 cm x 12,5 cm | a 1 szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Opatrunek piankowy regulujący wilgotność rany. Wielowarstwowa część chłonna zawiera warstwę kontaktową hydrofiber ( włókna karbosymetylocelulozy sodowej) oraz warstwę pianki poliuretanowej. Opatrunek **przylepny** z dodatkową silikonową warstwą klejącą typu Aquacel Foam. lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 17,5 cm x 17,5 cm | a 1 szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  Opatrunek piankowy regulujący wilgotność rany. Wielowarstwowa część chłonna zawiera warstwę kontaktową hydrofiber ( włókna karbosymetylocelulozy sodowej) oraz warstwę pianki poliuretanowej. Opatrunek **przylepny** z dodatkową silikonową warstwą klejącą typu Aquacel Foam. lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 14,5 cm x 19,8 cm | a 1 szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  Opatrunek piankowy regulujący wilgotność rany. Wielowarstwowa część chłonna zawiera warstwę kontaktową hydrofiber ( włókna karbosymetylocelulozy sodowej) oraz warstwę pianki poliuretanowej. Opatrunek **przylepn**y z dodatkową silikonową warstwą klejącą typu Aquacel Foam. lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 16,9 cm x 20 cm | a 1 szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  Opatrunek składający się z dwóch warstw Hydrofiber (100% z karboksymetylocelulozy sodowej) o wysokich właściwościach absorpcyjnych i sekwestracji bakterii wzmocniony przeszyciami typu Aquacel Extra lub równoważny o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  Opatrunek hydrowłókienny (hydrofibre) pochłaniający duże ilości wysięku, pełna **aktywność przeciwbakteryjna przez 14 dni,** zbudowany z wlókien karboksymetyloceulozy sodowej z **dodatkiem jonów srebra** o stężeniu 1,2 %,stosunek jonów Na+/Ag+ wynosi 70:30(typu Aquacel Ag lub równoważny)o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione  | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Opatrunek hydrowłókienny (hydrofibre) pochłaniający duże ilości wysięku, pełna **aktywność przeciwbakteryjna przez 14 dni,** zbudowany z wlókien karboksymetyloceulozy sodowej **z dodatkiem jonów srebra** o stężeniu 1,2 %,stosunek jonów Na+/Ag+ wynosi 70:30(typu Aquacel Ag lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 20 cm x 30 cm | a 1 szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Opatrunek składający się z dwóch warstw Hydrofiber (100% z karboksymetylocelulozy sodowej) o wysokich właściwościach absorpcyjnych i sekwestracji bakterii z **jonami srebra** 1,2 % wagi opatrunku **wzmocniony przeszyciami** typu Aquacel Ag Extrao lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Wielowarstwowy opatrunek regulujący wilgotność rany okluzyjny zbudowany warstwy kontaktowej Hydrofiber (włókna karboksymetylocelulozy sodowej) zawierający **jony srebra** oraz pianki poliuretanowej z dodatkową **silikonową warstwą klejącą** typu Aquacel Ag Foamo lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Wielowarstwowy opatrunek regulujący wilgotność rany okluzyjny zbudowany warstwy kontaktowej Hydrofiber (włókna karboksymetylocelulozy sodowej) zawierający **jony srebra** oraz pianki poliuretanowej z dodatkową silikonową **warstwą klejącą** typu Aquacel Ag Foamo lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 12,5 cm x 12,5 cm | a 1 szt. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Wielowarstwowy opatrunek regulujący wilgotność rany **nieprzylepny** zbudowany warstwy kontaktowej Hydrofiber (włókna karboksymetylocelulozy sodowej) zawierający **jony srebra** oraz pianki poliuretanowej typu Aquacel Ag Foam lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 150 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 42**

**Wadium: 7,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 |  Jednowarstwowy opatrunek poliestrowo- włókninowo- polietylenowy inkorporowany srebrem nanokrystalicznym (typu Acticoat flex 3 lub porównywalny )o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. |   50 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………..……..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 43**

**Wadium: 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Opatrunek z siatki bawełnianej o dużych oczkach, impregnowanej neutralną maścią, Nie przykleja się do rany, chroni przed jej wysychaniem, zapobiega kurczeniu się blizny; Zapewnia dobrą wentylację i utlenienie rany; Przepuszcza wydzielinę; Można go ciąć na kawałki o dowolnych wymiarach; W opakowaniach jałowych po 1 szt.( Grassolind lub równoważny) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 20 cm | a 1 szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Opatrunek z siatki bawełnianej o dużych oczkach, impregnowanej neutralną maścią, Nie przykleja się do rany, chroni przed jej wysychaniem, zapobiega kurczeniu się blizny;Zapewnia dobrą wentylację i utlenienie rany; Przepuszcza wydzielinę; Można go ciąć na kawałki o dowolnych wymiarach; W opakowaniach jałowych po 1 szt.( Grassolind lub równoważny ) o cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1 szt. | 1500 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): …………………………………………………………..…..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 44**

**Wadium: 25,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| **1** | Opatrunek alginianowy z jonami wapnia i sodu stosowany w leczeniu ran umiarkowanie krwawiących, w ranach przewlekłych, utrzymuje wilgotne srodowiska gojenia, w kontakcie z wysiekiem tworzy żel typu Kaltostato lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 5 cm x 5 cm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Opatrunek alginianowy z jonami wapnia i sodu stosowany w leczeniu ran umiarkowanie krwawiących, w ranach przewlekłych, utrzymuje wilgotne srodowiska gojenia, w kontakcie z wysiekiem tworzy żel typu Kaltostato lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 7,5 cm x 12 cm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Opatrunek alginianowy z jonami wapnia i sodu stosowany w leczeniu ran umiarkowanie krwawiących, w ranach przewlekłych, utrzymuje wilgotne srodowiska gojenia, w kontakcie z wysiekiem tworzy żel typu Kaltostato lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 20 cm | a 1szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………………....................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 45**

**Wadium: 170,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| **1** | Opatrunek hydrofiber niszczący biofilm, z jonami srebra, kwasem wersenowym i chlorkiem benzetoniowym, o wysokich właściwościach chłonnych, wzmocniony przeszyciami typu Aquacel Ag Plus Extra lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 5 cm x 5 cm | a 1szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Opatrunek hydrofiber niszczący biofilm, z jonami srebra, kwasem wersenowym i chlorkiem benzetoniowym, o wysokich właściwościach chłonnych, wzmocniony przeszyciami typu Aquacel Ag Plus Extra lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 10 cm x 10 cm | a 1szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Opatrunek hydrofiber niszczący biofilm, z jonami srebra, kwasem wersenowym i chlorkiem benzetoniowym, o wysokich właściwościach chłonnych, wzmocniony przeszyciami typu Aquacel Ag Plus Extra lub równoważny cechach nie gorszych niż wyżej wymienione | 15 cm x 15 cm | a 1szt. | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ………………………………………………………………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 46**

**Wadium: 30,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Pałeczka do wymazów długość min 15 cm sterylna z wacikiem, pakowana pojedyńczo | dł. 15 cm | a 100 szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………..………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 47**

**Wadium: 50,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Sterylny, bezalkoholowy trójpolimerowy preparat z silikonem do ochrony skóry zdrowej i uszkodzonej. Dodatek plastycyzera zapewnia niepękającą barierę na skórze. Działa ochronnie przez 72 godziny. Skuteczność ochrony skóry przed uszkodzeniem przez mocz/kał | 28 ml | a 1 szt. | 120 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

**Pakiet nr 48**

**Wadium: 35,00 zł**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Rozmiar** |  **Opak jednostkowe**  |  **Ilość opakowań** | **Cena jedn. brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP Cena jedn. brutto** | **Wartość pozycji brutto****Wypełnia Wykonawca, który ma siedzibę na terytorium RP** | **Cena jednostkowa bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Wartość bez podatku VAT****Wypełnia wyłącznie Wykonawca, który nie ma siedziby na terytorium RP** | **Stawka podatku****VAT dla wykonawców z terytorium kraju RP lub nie objętych wewnątrzwspólnotowym nabyciem towarów** | **Producent / nazwa własna/ numer katalogowy ( jeśli Wykonawca posiada** |
| 1 | Kompres oczny;Z wysokogatunkowej waty opatrunkowej z otuliną gazową z czystej bawełny jałowy | 56 x70 mm | a 25 szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | xxxxxxxxxx | xxxxxxxx | xxxxxx | xxxxxxxx |  | xxxxxxxxx |  | xxxxxxxxx | Xxxxxxxx |

Cena pakietu (bez VAT): ………………………………………………………………..............

Słownie: ………………………………………………………………………………….........……

Cena pakietu (z VAT): ……………………………………………………….………..................

Słownie: ……………………………………………………………………………………..........…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści of**

**Załącznik nr 2A**

**EZP/ 54/20 – (przekazać w wersji elektronicznej za pośrednictwem Platformy zakupowej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego**

**w Poznaniu, ul. Długa ½,**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie:  ***przetarg nieograniczony***

Przedmiot zamówienia: **Zakup (dostawa) opatrunków -48 pakietów**

 Termin wykonania zamówienia: **24 miesiące**

**1. Dane Wykonawcy:**

**(nazwa firmy)**

**(adres siedziby)**

**(województwo, powiat)**

 **adres e-mail** - ***Niezbędny do porozumiewania się drogą elektroniczną (awaria)***

**Nr NIP(podać numer unijny)…......................................... ....................................................................**

**2.Cena jednostkowa brutto ( należy podać w załączniku nr 2 do SIWZ).**

**3. Termin płatności : 60 dni**

**4. Cena pakietu nr …………….. bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT ........................................................................................................................................

Słownie zł............................................................................................................................................

b) z VAT ...................................................................................................................................................

Słownie......................................................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%).......................................................................................................................

**W przypadku złożenia oferty do więcej niż jednego pakietu Wykonawca powiela pkt 4 lub składa odrębne formularze.**

*Stawka podatku VAT nie obowiązuje z tytułu wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów lub Wykonawca nie ma siedziby na terytorium RP, a obowiązek podatkowy ciąży na Zamawiającym (metoda odwrotnego obciążenia – revers chargé)*

***Wykonawca potwierdzi ……………………………..(w przypadku braku informacji oznacza, że metoda nie ma zastosowania).***

**5. Termin dostawy max - 3 dni** **robocze** (wpisać jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje, że termin dostawy wynosi 3 dni, podać w dniach,)…………

**6.** Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia (w tym z warunkami umowy i opisem przedmiotu) i nie wnosimy zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte.

**7.** W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

**8. Lista załączników:**

1. Zał. nr 2 - Wykaz przedmiotu zamówienia,
2. Załącznik nr 6 – oświadczenie (dot. RODO)
3. Załącznik nr 7 – oświadczenie (dot. dopuszczenia do obrotu)
4. itd

**\*Miejsca wykropkowane wypełnia**

**Załącznik nr 4**

**EZP/ 54 /20**

**Wykonawca oświadczenie dostarczy zamawiającemu w terminie 3 dni od dnia przekazania informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5, w formie elektronicznej na Platformie zakupowej i opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Dotyczy postępowania na: Zakup (dostawa) opatrunków -48 pakietów.**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 23 ustawy Pzp)

**oświadczam, że Wykonawca:**

* **nie należy do grupy kapitałowej\***
* **należy do grupy kapitałowej\***(Wykonawca składa listę podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, w terminie określonym w SIWZ cz. II, ust 1.6.).

*\*zaznaczyć właściwe*

**Załącznik nr 5**

**EZP/54/20**

*Klauzula informacyjna z art. 13 RODO do zastosowania przez zamawiających w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego*

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest */nazwa i adres oraz dane kontaktowe zamawiającego/;*
* inspektorem ochrony danych osobowych w */nazwa zamawiającego/* jest Pani/Pani */imię i nazwisko, kontakt: adres e-mail, telefon/* ***\****;

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego */dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/* prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego

* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 i 2018), dalej „ustawa Pzp”;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;
* obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*\*\*;
* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
* nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

W związku z powyższym Wykonawca składa oświadczenie zgodnie z zał. Nr 6.

**Załącznik nr 6**

**(Wykonawca oświadczenie dołączy do oferty w formie elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym)**

**EZP/54 /20**

***Przedmiot:* zakup (dostawa) opatrunków -48 pakietów**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny Przemienienia

Pańskiego

Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w

Poznaniu,

 ul. Długa 1/2, 61-848 Poznań

**Wykonawca:**

............................................................. **……………………….**

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG) data*

reprezentowany przez:

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

*w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO*

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)

**Załącznik nr 7 – oświadczenie złożyć wraz z ofertą, w wersji elektronicznej,**

 **opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym**

**Nr spr EZP/ 54/20**

***Przedmiot* : Zakup (dostawa) opatrunków -48 pakietów**

**……………………….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaproponowany przedmiot zamówienia do obrotu, zgodnie z obowiązującym przepisami prawa w tym zakresie, np. **CE lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności** (jeżeli ocena zgodności była przeprowadzona z udziałem jednostki notyfikowanej, obok znaku CE umieszcza się jej numer seryjny) **oraz, że dostarczę przedmiotowe dokumenty na żądanie Zamawiającego.**