**Załącznik nr 3 do SWZ**

**FORMULARZ CENOWY**

Data: ………………….  
Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………..  
Siedziba Wykonawcy: ………………………………………………………  
Przedstawia zestawienie cenowe dla oferowanego przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Nazwa przedmiotu** | **Typ/model – podać  Producent – wpisać** | **Cena jednostkowa netto** | **Ilość** | **Wartość netto (3 x 4)** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. |  | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| **1.** | 1.Kozetka lekarska |  |  | 1 |  |  |  |
| 2.Stanowisko do iniekcji |  |  | 1 |  |  |  |
| 3.Wózek transportowy |  |  | 1 |  |  |  |
| 4.Wózek inwalidzki |  |  | 1 |  |  |  |
| 5.Zestaw mebli medycznych |  |  | 1 |  |  |  |
| 6.Zestaw mebli medycznych |  |  | 1 |  |  |  |
| 7.Zestaw wyposażenia biurowego |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **2.** | 1.Kozetka lekarska |  |  | 3 |  |  |  |
|  | 2.Stolik do przewijania niemowląt |  |  | 4 |  |  |  |
|  | 3.Stolik zabiegowy |  |  | 14 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **3.** | Zestaw do profilaktyki przeciwodleżynowej |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **4.** | Zestaw sprzętu do pielęgnacji i higieny pacjentów |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **5.** | 1.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Pielęgniarstwa Wysokiej Wierności |  |  | 2 |  |  |  |
| 2.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Symulacji z Zakresu ALS |  |  | 1 |  |  |  |
| 3.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Ćwiczeń Umiejętności Pielęgniarskich |  |  | 1 |  |  |  |
| 4.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Egzaminacyjnej OSCE |  |  | 1 |  |  |  |
| 5.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Symulacji z Zakresu BLS |  |  | 1 |  |  |  |
| 6.Zestaw drobnego sprzętu medycznego do Sali Ćwiczeń Umiejętności Technicznych |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **6.** | Zestaw drobnego sprzętu medycznego uzupełniający |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **7.** | 1.Model nerek z organami nadbrzusza |  |  | 1 |  |  |  |
| 2.Model miednicy żeńskiej w przekroju |  |  | 1 |  |  |  |
| 3.Model układu krążeniowo-oddechowego |  |  | 1 |  |  |  |
| 4.Model ludzkiego układu pokarmowego, składający się z 3 części |  |  | 1 |  |  |  |
| 5.Model piersi z chorobami – przekrój poprzeczny |  |  | 1 |  |  |  |
| 6.Środkowy i czołowy przekrój głowy |  |  | 1 |  |  |  |
| 7.Model płuc z krtanią  (5-częściowy) |  |  | 1 |  |  |  |
| 8.Pomniejszony model ludzkiego układu nerwowego |  |  | 1 |  |  |  |
| 9. 14-krotnie powiększony model tętnicy oraz żył |  |  | 1 |  |  |  |
| 10.Model układu krwionośnego – w wymiarze 1:2 w tym wątroba, śledziona, nerki |  |  | 1 |  |  |  |
| 11.Model anatomiczny nosa z zatokami przynosowymi  (5 elementów) |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **8.** | Sprzęt do diagnozy dojrzałości neuromotorycznej i równowagi (sensomotoryka) |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **9**. | 1.Zestaw optometrycznych przyrządów diagnostycznych |  |  | 3 |  |  |  |
|  | 2.Screeningowy audiometr tonalny z testami centralnymi |  |  | 2 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |
| **10.** | 1.Kompletny zestaw zawierający moduł umożliwiający przeprowadzenie screeningowej diagnozy i kompleksowego treningu metodą Warnkego |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 2.Przenośne urządzenie usprawniające funkcje centralnego przetwarzania |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 3.Przenośne urządzenie usprawniające funkcje centralnego przetwarzania w wolniejszym tempie |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 4.Przenośne urządzenie usprawniające funkcje centralnego przetwarzania z dźwiękami zakłócającymi |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 5.drążek do balansowania |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 6.Wskaźnik fiksacji oka |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 7.Test widzenia |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 8.Test przesiewowy |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 9.Test przesiewowy plamkowy |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 10.Test selektywności |  |  | 1 |  |  |  |
|  | 11.Program do treningu |  |  | 1 |  |  |  |
| Wartość razem: | | | | | ………………………..zł. |  | ……………………….zł. |

Obliczona przez Wykonawcę cena oferty powinna zawierać wszelkie koszty bezpośrednie i pośrednie, jakie Wykonawca uważa za niezbędne dla terminowego i prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia, zysk Wykonawcy oraz wszystkie wymagane przepisami podatki i opłaty, w tym podatek VAT.