**Załącznik Nr 1 do umowy:**  **Formularz cenowy oferty**

**Zadanie 1**

**SPRZĘT MEDYCZNY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr zadania** | **Wymagane parametry** | **Ilość szt./kpl.** | **Wartość netto  w zł** | **Wartość brutto**  **w zł** |
|  | **Zadanie 1** | **Inkubator otwarty** | 1 |  |  |
|  | **Defibrylator manualny z funkcją AED** | 1 |  |  |
|  | **Pompa strzykawkowa** | 1 |  |  |
| 4. | **Pompa infuzyjna objętościowa** | 1 |  |  |
| 5. | **Respirator** | 1 |  |  |
| 6. | **Ssak elektryczny** | 1 |  |  |
| 7. | **Lampa zabiegowa** | 1 |  |  |
| 8. | **Defibrylator** | 1 |  |  |
| 9. | **Defibrylator automatyczny - treningowy AED** | 2 |  |  |
| 10. | **Lampa zabiegowa** | 1 |  |  |
| 11. | **Aparat EKG** | 1 |  |  |
| 12. | **Ssak elektryczny** | 1 |  |  |
| **RAZEM** | | | **-** |  |  |

**………………………,dnia………………..  
 ………………………………..  
 podpis*****Wykonawcy***