**Załącznik nr 1 a**

**Wykonawca :**

………………………………………

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………

*(imię,nazwisko,stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz szczegółowy oferowanego sprzętu/urządzeń w ramach zadania   
„Dostawa sprzętu i urządzeń - doposażenie pracowni technik weterynarii w sprzęt niezbędny do kształcenia w zawodzie technik weterynarii” - II**

**CZĘŚĆ I**

**Szczegółowa kalkulacja cenowa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO** | **STAWKA**  **PODATKU VAT** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **PODATEK**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | **CZYTNIK PASKÓW DO MOCZU** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | |  |  |  |

**Opis parametrów technicznych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA WYPOSAŻENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OPIS PARAMETRÓW OFEROWANYCH** | **PRODUCENT,MODEL** |
| **1** | **CZYTNIK PASKÓW DO MOCZU** | Weterynaryjny  Automatyczne rozpoczęcie analizy po umieszczeniu paska  Dotykowy ekran  Wydajność min. 45 testów na godzinę  Zewnętrzna drukarka termiczna  Menu w języku polskim lub angielskim  Interfejs USB  Zestaw pasków do analizatora (min. 50 szt.) |  |  |

**CZĘŚĆ II**

**Szczegółowa kalkulacja cenowa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO** | **STAWKA**  **PODATKU VAT** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **PODATEK**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | **OTOSKOP/OFTALMOSKOP** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | |  |  |  |

**Opis parametrów technicznych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA WYPOSAŻENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OPIS PARAMETRÓW OFEROWANYCH** | **PRODUCENT,MODEL** |
| **1** | **OTOSKOP/OFTALMOSKOP** | Weterynaryjny  Rękojeść z akumulatorem  Ładowarka  3 wzierniki |  |  |

**CZĘŚĆ III**

**Szczegółowa kalkulacja cenowa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO** | **STAWKA**  **PODATKU VAT** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **PODATEK**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | **AUTOKLAW** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | |  |  |  |

**Opis parametrów technicznych:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA WYPOSAŻENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OPIS PARAMETRÓW OFEROWANYCH** | **PRODUCENT,MODEL** |
| **1** | **AUTOKLAW** | Wyświetlacz LCD  Komora ze stali nierdzewnej  Elektroniczna blokada drzwi  Zawór bezpieczeństwa  Program suszenia  Pojemność: min. 16 l |  |  |

**CZĘŚĆ IV**

**Szczegółowa kalkulacja cenowa:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO** | **STAWKA**  **PODATKU VAT** | **CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO** | **WARTOŚĆ NETTO** | **PODATEK**  **VAT** | **WARTOŚĆ BRUTTO** |
| 1 | **STOŁY ZABIEGOWE** | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **STÓŁ ZABIEGOWO-OPERACYJNY** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA:** | | | | | |  |  |  |

**Oferowany sprzęt posiada następujące** **parametry:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **NAZWA WYPOSAŻENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **OPIS PARAMETRÓW OFEROWANYCH** | **PRODUCENT,MODEL** |
| **1** | **STOŁY ZABIEGOWE** | Wymiary min. 120x60 cm.  Blat kopertowy wykonany ze stali nierdzewnej z odpływem  Wysokość 80-90 cm |  |  |
| 2 | **STÓŁ ZABIEGOWO-**  **OPERACYJNY** | Blat stołu ze stali nierdzewnej  Blat profilowany z odpływem na odpady do wiaderka  Pole operacyjne: min. 120x60 cm; haczyki bo bokach pola operacyjnego służące do unieruchomienia zwierzęcia  Wysokość stołu regulowana  Sposób regulacji wysokości stołu: elektryczny;  Udźwig: min 100 kg;  Zasilanie: 230 V  W zestawie: wiaderko; rura do odpływu; stojak na płyny infuzyjne |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*