

Sposób przedstawiania oferty oraz obliczania ceny: (wzór)

Lp.	Zabieg	J.m.	Ilość zabiegów na 36 m-cy	Cena netto za 1 j.m.	Wartość netto	Wartość podatku VAT	Cena brutto za 1 j.m.	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F=(DxE)	G	H	I=(F+G)
1.	Hemodiafiltracji heparynowa	zabieg	100					
2.	Hemodiafiltracji cytrynianowa	zabieg	250					
Wartość razem netto								
Kwota podatku VAT								
Wartość razem brutto								

Lp.	Dzierżawa aparatów / typ, nr katalogowy /	J.m.	Ilość miesięcy dzierżawy 3 aparatów w	Cena netto za 1 j.m. (jeden miesiąc dzierżawy 3 aparatów – przy czym cena za czynsz dzierżawy miesięczny nie może być większa niż 600,00 zł netto za 1 aparat)	Wartość netto	Wartość podatku VAT	Cena brutto za 1 j.m.	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F=(DxE)	G	H	I=(F+G)
1.	Dzierżawa 3 sztuk aparatów do hemodiafiltracji	miesiąc	36					

.....
Data i podpis Wykonawcy

Szczegółowe wyliczenie kosztu 1 zabiegu

Hemodiafiltracja heparynowa, heparyna CVVHD/CVVHDF – czas trwania terapii 72 godziny

Lp.	Asortyment / Podać nazwę handlową zgodną z nazewnictwem używanym w wystawianych dokumentach dostaw oraz Fakturach /	Producent / typ, nr katalogowy /	J.m.	Ilość	Cena netto za 1 j.m.	Wartość netto	Wartość podatku VAT	Cena brutto za 1 j.m.	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F	G=(ExF)	H	I	J=(G+H)
1.	Zestaw CVVHDF		Szt.	1					
2.	Cewnik dwukanałowy 11,5-13,5 Fr (min)		Szt.	1					
3.	Roztwory do hemofiltracji worek 5 l		Szt.	36					
4.	Inny niezbędny asortyment do wykonania zabiegu (wymienić i uzupełnić pozycje formularza zgodnie ze wzorem)		Szt.						
Wartość razem netto									
Kwota podatku VAT									
Wartość razem brutto									

.....
Data i podpis Wykonawcy

Szczegółowe wyliczenie kosztu 1 zabiegu

UWAGA: Zamawiający przedstawia dwie opcje dokonania zabiegu hemodiafiltracji cytrynianowej w celu umożliwienia złożenia oferty jak największej liczbie Wykonawców. Wykonawca składając ofertę, uzupełnia tylko JEDNĄ z przedstawionych opcji.

OPCJA NR 1.

Hemodiafiltracja cytrynianowa CVVHD, cytrynian 136mmol/l, przepływ krwi 100 ml/min – czas trwania terapii 72 godziny

Lp.	Asortyment / Podać nazwę handlową zgodną z nazewnictwem używanym w wystawianych dokumentach dostaw oraz Fakturach /	Producent / typ, nr katalogowy /	J.m.	Ilość	Cena netto za 1 j.m.	Wartość netto	Wartość podatku VAT	Cena brutto za 1 j.m.	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F	G=(ExF)	H	I	J=(G+H)
1.	Zestaw CVVHD		Szt.	1					
2.	Cytrynian 136mmol/l worek 1 l lub 1,5l*		Szt.	15 lub 9*					
3.	Dializat bezwapniowy worek 5 l		Szt.	30 lub 28*					
4.	Cewnik dwukanałowy 11-12 Fr		Szt.	1					
5.	Inny niezbędny asortyment do wykonania zabiegu (wymienić i uzupełnić pozycje formularza zgodnie ze wzorem)		Szt.						
Wartość razem netto									
Kwota podatku VAT									
Wartość razem brutto									

UWAGA! * -niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis Wykonawcy

OPCJA NR 2.

Hemodiafiltracja cytrynianowa CVVHDF klirens, cytrynian 12mmol/l lub 18 mmol/l, przepływ krwi 100 ml/min – czas trwania terapii 72 godziny

Lp.	Asortyment / Podać nazwę handlową zgodną z nazewnictwem używanym w wystawianych dokumentach dostaw oraz fakturach /	Producent / typ, nr katalogowy /	J.m.	Ilość	Cena netto za 1 j.m.	Wartość netto	Wartość podatku VAT	Cena brutto za 1 j.m.	Wartość brutto
A	B	C	D	E	F	G=(ExF)	H	I	J=(G+H)
1.	Zestaw CVVHDF		Szt.	1					
2.	Cytrynian 12mmol/l worek 5 l		Szt.	15					
3.	Dializat bezwapniowy worek 5 l		Szt.	15					
4.	Cewnik dwukanałowy 11-12 Fr		Szt.	1					
5.	Płyn substytucyjny , worek 5l		Szt.	3					
6.	Worek do ultrafiltratu		Szt.	1					
7.	Inny niezbędny asortyment do wykonania zabiegu (wymienić i uzupełnić pozycje formularza zgodnie ze wzorem)		Szt.						
Wartość razem netto									
Kwota podatku VAT									
Wartość razem brutto									

.....
data i podpis Wykonawcy