**Pakiet nr 1 TLEN CIEKŁY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Producent** | **Ilość** **a** | **Cena jedn. netto** **b** | **Wartość netto****(a x b = c)** | **Stawka podatku VAT****8%** | **Wartość podatku VAT ogółem****(d)** | **Wartość****brutto****Ogółem****(c + d)** |
| **1** | TLEN CIEKŁY DO ZBIORNIKA |  | 328 ton/rocznie | Za tonę: |  |  |  |  |
| **2** | DZIERŻAWA:ZBIORNIK NA TLEN (POZNAŃ) |  | 1 szt. | Za miesiąc: | Za 12 miesięcy: |  |  |  |
| **3** | DZIERŻAWA:ZBIORNIK NA TLEN (LUDWIKOWO) |  | 1 szt. | Za miesiąc: | Za 12 miesięcy: |  |  |  |
| **4** | DZIERŻAWA:ZBIORNIK NA TLEN (CHODZIEŻ) |  | 1 szt. | Za miesiąc: | Za 12 miesięcy: |  |  |  |
| **Wartość netto ogółem** | **Wartość podatku VAT ogółem** | **Wartość brutto ogółem** |

Miejscowość, data .......................... Podpis osoby uprawnionej

..........................................

Pieczęć Wykonawcy

**Pakiet nr 2 GAZY MEDYCZNE W BUTLACH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Producent** | **Ilość /szt./****a** | **Cena jedn. netto****b** | **Wartość netto****c = a x b** | **Stawka VAT 8%** | **Podatek VAT****d** | **Wartość brutto****e = c + d** |
| **1** | TLEN W BUTLACH |  | 652  | ZA BUTLĘ /40L/6,4 M³/.................................... |  |  |  |  |
| **2** | TLEN W BUTLACH |  | 64  | ZA BUTLĘ /10L/1,6 M³/.................................... |  |  |  |  |
| **3** | TLEN W BUTLACH |  | 2 | ZA BUTLĘ /5L/0,8 M³/.................................... |  |  |  |  |
| **4** | TLEN W BUTLACH |  | 432 | ZA BUTLĘ /2L/0,3 M³/.................................... |  |  |  |  |
| **Dzierżawa:** | **Stawka VAT 8%** |  |
| **1.** | BUTLA NA TLEN/40L/6,40 M³/ |  | 83 butlimiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **2** | BUTLA NA TLEN/10L/1,6 M³/ |  | 12 butli miesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **3** | BUTLA NA TLEN/5L/0,8 M³/ |  | 1 butlamiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **3** | BUTLA NA TLEN/2L/0,3 M³/ |  | 27 butla miesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
|  | **Wartość netto ogółem** | **Wartość podatku VAT ogółem** | **Wartość brutto ogółem** |

Miejscowość, data .......................... Podpis osoby uprawnionej

..........................................

Pieczęć Wykonawcy

**Pakiet nr 3 GAZY MEDYCZNE BĘDĄCE WYROBAMI MEDYCZNYMI KLASY II A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Producent** | **Ilość /szt./****a** | **Cena jedn. netto****b** | **Wartość netto****c = a x b** | **Stawka VAT****8%** | **Podatek VAT****d** | **Wartość brutto****e = c + d** |
| **1** | Napełnianie butli argonem |  | 3 szt. | ZA BUTLĘ /5 l /.................................... |  |  |  |  |
| **2** | DWUTLENEK WĘGLA DO LAPAROSKOMII |  | 2 szt. | ZA BUTLĘ /7,5 KG/.................................... |  |  |  |  |
| **3** | GAZ DO TESTÓW : CO - 0,3% (dolna granica stężenia 0,294% górna granica stężenia 0,306%), CH4 - 0,3%czystość gazu metanu 5.0 (dolna granica stężenia 0,294% górna granica stężenia 0,306%), C2H2 - 0,3% (dolna granica stężenia 0,294% górna granica stężenia 0,306%), O2 - 21% (dolna granica stężenia 20,58% górna granica stężenia 21,42%), reszta N2 |  | 3 szt. | ZA BUTLĘ /10 LITRÓW/.................................... |  |  |  |  |
| **4** | GAZ DO KALIBRACJI SPIROMETRU |  | 26 szt. | ZA BUTLĘ /10 LITRÓW/.................................... |  |  |  |  |
| **Dzierżawa:** | **Stawka VAT****8%** |  |
| **1** | DWUTLENEK WĘGLA DO LAPAROSKOPII |  | 1 butlamiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **2** | GAZ DO TESTÓW poz. 2 |  | 1 butlamiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **3** | GAZ DO KALIBRACJI SPIROMETRU  |  | 5 butlimiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
|  | **Wartość netto ogółem** | **Wartość podatku VAT ogółem** | **Wartość brutto ogółem** |

Miejscowość, data .......................... Podpis osoby uprawnionej

..........................................

Pieczęć Wykonawcy

**Pakiet nr 4 GAZY TECHNICZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **producent** | **Ilość /szt./****a** | **Cena jedn. netto****b** | **Wartość netto****c = a x b** | **Stawka VAT****23%** | **Podatek VAT****d** | **Wartość brutto****e = c + d** |
| **1** | GAZ DO TESTÓW : CO - 0,265% (dolna granica stężenia 0,252% górna granica stężenia 0,278%), He - 9,3% (dolna granica stężenia 8,84% górna granica stężenia 9,76%),O2 - 19% (dolna granica stężenia 18,05% górna granica stężenia 19,95%), reszta N2 |  | 2 szt. | ZA BUTLĘ /10 LITRÓW/.................................... |  |  |  |  |
| **2** | Gaz do kalibracji bodypletyzmografiimieszanina gazowa o składzie He - 9,3% (dolna granica stężenia 8,835% górna granica stężenia 9,765%), O2 - 19% (dolna granica stężenia 18,05% górna granica stężenia 19,95%), reszta N2  |  | 2 szt. | ZA BUTLĘ /10 LITRÓW/…………………….. |  |  |  |  |
| **3** | CO2 SPOŻYWCZY W BUTLACH |  | 6 szt. | ZA BUTLĘ /26 KG/.................................. |  |  |  |  |
| **Dzierżawa:** | **Stawka VAT****23%** |  |
| **1** | GAZ DO TESTÓW poz. 1 |  | 1 butlamiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **2** | Gaz do kalibracji bodypletyzmografii  |  | 1 butlamiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
| **3** | CO2 SPOŻYWCZY W BUTLACH  |  | 1 butlemiesięcznie | ZA 1 BUTLĘ / DZIEŃ......................... | Za 365 DNI/12MIES/: ......................... |  |  |  |
|  | **Wartość netto ogółem** | **Wartość podatku VAT ogółem** | **Wartość brutto ogółem** |

Miejscowość, data .......................... Podpis osoby uprawnionej

..........................................

Pieczęć Wykonawcy

**Pakiet nr 5 CIEKŁY AZOT DO DEWARÓW /JEDNORAZOWO 50 KG/ - GAZ MEDYCZNY BĘDĄCY WYROBEM MEDYCZNYM KLASY IIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **producent** | **Ilość /szt./****a** | **Cena jedn. netto****b** | **Wartość netto****c = a x b** | **Stawka VAT****8%** | **Podatek VAT****d** | **Wartość brutto****e = c + d** |
| **1** | CIEKŁY AZOT DO DEWARÓW |  | 1 700 kg | ZA 1 kg.................................... |  |  |  |  |
|  | **Wartość netto ogółem** | **Wartość podatku VAT ogółem** | **Wartość brutto ogółem** |

Miejscowość, data .......................... Podpis osoby uprawnionej

..........................................