**Załącznik nr: 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1.Przedmiotem zamówienia jest dostawa **aparatury radiologicznej** zgodnie z poniższymi zadaniami:

 **Zadanie nr: 1 Aparat RTG z ramieniem C – kpl 1;**

 **Zadanie nr: 2 Densytometr rentgenowski – kpl 1.**

2.Przedmiot zamówienia obejmuje dostawę wraz z wyposażeniem, montaż, uruchomienie aparatów i przeszkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatów. Wykonanie testów akceptacyjnych i specjalistycznych po uruchomieniu aparatów.

3.Kod CPV: 33111000-1 Aparatura rentgenowska

**Zadanie nr:1 – Aparat RTG z ramieniem C – kpl 1**

**Opis parametrów wymaganych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr** | **Parametr wymagany**  | **Parametr oferowany** | **Punktacja** |
| **I** | **Aparat fabrycznie nowy**, nieregenerowane, nie starszy niż z 2019r.  | Tak, podać |  | - |
| 1 | TYP/MODEL, producent, kraj | podać |  | - |
| 2 | numer fabryczny | podać |  | - |
| **II Generator** |  | - |
| 1 | Zasilanie jednofazowe | 230V/ 50 Hz |  | bez punktacji |
| 2 | Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego | +/- 10% |  | bez punktacji |
| 3 | Moc generatora | min. 2 kW max. 3 kW |  | bez punktacji |
| 4 | Typ generatora, wysokiej częstotliwości | min. 40 kHz |  | bez punktacji |
| 5 | Prąd skopii ciągłej / impulsowej | min. 11mA |  | bez punktacji |
| 6 | Radiografia cyfrowa | Tak |  | bez punktacji |
| 7 | Prąd radiografii analogowej i cyfrowej | min. 20 mA |  | bez punktacji |
| 8 | Układ minimalizujący dawkę przy skopii | min. 60% |  | bez punktacji |
| 9 | Zakres napięć fluoroskopii i radiografii | 40-110 kV |  | bez punktacji |
| 10 | Automatyka doboru parametrów skopii | Tak |  | bez punktacji |
| 11 | Skopia pulsacyjna w zakresie min. 1 do 20 pulsów/s | Tak |  | 1-20 – 0 pkt>20-24 pulsy/s - 5 pkt.≥24 pulsów/s - 10 pkt |
| 12 | Kontrola czasu trwania pulsu min. w zakresie min. 10-25ms | Tak |  | Wartość wymagana – 0 pktWartość największa -10 pkt |
| III |  **Lampa X -RAY** |  |  | - |
| 1 | Lampa ze stacjonarną anodą -jednoogniskowa | Tak |  | bez punktacji |
| 2 | Totalna filtracja | min 3,9 mm Al. |  | bez punktacji |
| 3 | Ognisko jedno | max. 0,6 mm |  | bez punktacji |
| 4 | Pojemność cieplna anody | min 50 kHU |  | bez punktacji |
| 5 | Pojemność cieplna kołpaka | min 1 100 kHU |  | bez punktacji |
| 6 | Szybkość chłodzenia anody | min 50 kHU/min |  | Wartość wymagana – 0 pktWartość największa -10 pkt |
| 7 | Kolimator typu IRIS | Tak |  | bez punktacji |
| 8 | Kolimator szczelinowy z rotacją | Tak |  | bez punktacji |
| 9 | Ustawienie kolimatorów na zamrożonym obrazie bez użycia promieniowania | Tak |  | bez punktacji |
| **IV** | **Wózek z ramieniem C** |  |  | - |
| 1 | Waga wózka z ramieniem C | max. 320 kg |  | bez punktacji |
| 2 | Głębokość ramienia C | min. 67 cm |  | bez punktacji |
| 3 | Odległość kołpak - wzmacniacz obrazu (wolna przestrzeń) | min. 75 cm |  | bez punktacji |
| 4 | Odległość SID | min. 97 cm |  | bez punktacji |
| 5 | Zakres ruchu poziomego ramienia C | min. 20 cm |  | 20 cm – 0 pkt≥21 cm -10 pkt |
| 6 | Zakres ruchu pionowego ramienia C | min. 41 cm |  | bez punktacji |
| 7 | Zakres obroty ramienia C wokół osi pionowej (Wig-Wag) | min. 20° |  | bez punktacji |
| 8 | Zmotoryzowany ruch pionowy | Tak |  | bez punktacji |
| 9 | Całkowity zakres obrotu ramienia wokół osi poziomej | min. ±220° |  | bez punktacji |
| 10 | Zakres ruchu orbitalnego | min. 130° |  | =130 – 0 pkt130-134 - 5 pkt>134 - 10 pkt |
| 11 | Ramie C zbalansowane w każdej pozycji | Tak |  | bez punktacji |
| 12 | Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody | Tak |  | bez punktacji |
| 13 | Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu. Każdy hamulec aparatu oznaczony innym kolorem  | Tak |  | bez punktacji |
| 14 | Wielofunkcyjny programowalny pedał z minimum 6 trybami pracy koniecznie z możliwością włączania promieniowania i zapisu oraz włącznik ręczny i dodatkowy klawisz wyzwalania promieniowania np. w obrębie ramienia C, podać opisać rozwiązania zaoferowane. | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 15 | Uchwyt na wzmacniaczu obrazu do łatwego pozycjonowania ramienia podczas zabiegu | Tak |  | bez punktacji |
| 16 | Celownik laserowy od strony wzmacniacza obrazu  | Tak |  | bez punktacji |
| **V** |  **Wzmacniacz obrazu** |  |  |  |
|  1 | Średnica nominalna | 23 cm |  | bez punktacji |
|  2 | Ilość pól detektora obrazu | min 3 |  | bez punktacji |
|  3 | Rozdzielczość wzmacniacza | min. 1024 x 1024 |  | bez punktacji |
| **VI** | **Monitor i tor wizyjny na osobnym wózku**  |  |  | - |
| 1 |  Dwa monitory 19”, kolorowe TFT (min. 1000 cd/cm2)  | Tak |  | bez punktacji |
| 2 | Monitor dotykowy kolorowy VGA min. 640x480 znajdujący się na wózku ramienia C kolorowy do sterowania wszystkimi funkcjami generatora i programami aparatu z opcją podglądu skopii live | Tak |  | bez punktacji |
| 3 | Kąt widzenia ( obrazu min. 176°) | Tak |  | bez punktacji |
| 4 | Wyjście TV OUT do podłączenia dodatkowego monitora lub systemów nawigacji. | Tak |  | bez punktacji |
| 5 | Ilość obrazów wyświetlana jednocześnie na monitorze | min. 16obrazów |  | bez punktacji |
| 6 | Matryca obrazu zapamiętanego | min. 1024 x 1024 pikseli x 25bit |  | = 25 bit – 0 pkt>25 do 30 bit - 5 pkt≥30 - 10 pkt |
| 7 | Pojemność pamięci na dysku twardym | min. 10 000 obrazów |  | bez punktacji |
| 8 | Funkcja „Last Image Hold” (LIH) | Tak |  | bez punktacji |
| 9 | Automatyka parametrów fluoroskopii | Tak |  | bez punktacji |
| 10 |  Funkcja ZOOM | min. x 4 |  | bez punktacji |
| 11 | Cyfrowe odwracanie obrazu góra/dół, lewo /prawo na monitorze | Tak |  | bez punktacji |
| 12 | Obraz lustrzany | Tak |  | bez punktacji |
| 13 | Obrót obrazu płynny cyfrowy bez ograniczeń kąta i kierunku obrotu i wyzwalania dodatkowych dawek promieniowania | Tak |  | bez punktacji |
| 14 | Automatyczna regulacja jasności monitora w zależności od oświetlenia sali | Tak |  | bez punktacji |
| 15 | Układ pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym i archiwizacją dawki na zdjęciu na monitorze, w pamięci aparatu oraz na zdjęciu drukowanym.(DAP) | Tak |  | bez punktacji |
| **VII** | **Archiwizacja obrazów** |  |  |  |
| 1 | Archiwizacja poprzez port USB – zapis obrazów w formacie umożliwiającym odtworzenia zdjęć na dowolnym komputerze bez konieczności posiadania dodatkowego oprogramowania.  | Tak |  | bez punktacji |
|  2 | Archiwizacja obrazów w formacie TIFF | Tak |  | bez punktacji |
|  3 | Pakiet DICOM 3.0 zawierający polecenia pozwalające na wysyłanie, odbieranie, archiwizowanie i drukowanie obrazów praz służące do automatycznego pobierania danych pacjenta z sieci szpitalnej (send, query, retrive, print, worklist) |  |  |  |
|  4 | Podłączenie i konfiguracja aparatu rtg do posiadanego przez zamawiającego systemu PACS/RIS Infinit firmy ResQmed |  |  |  |
| **VIII** | **Funkcjonalność** |  |  |  |
| 1 | Możliwość wyposażenia w bezprzewodowy programowalny przycisk nożny do skopii i zapisu | Tak/Nie |  | Tak - 10 pktNie - 0 pkt |
| **IX** | **Wyposażenie** |  |  |  |
| 1 | Pamięć przenośna - Pen Drive 32 GB - 5 szt | Tak |  | bez punktacji |
| 2 | Ochrona radiologiczna ( fartuch i osłony tarczycy) o ekwiwalencie 0,25mmPb wykonanych w technologii ultralekkie.Rozmiary i kolory ustalone z Zamawiającym po wyborze oferty –3 komplety | Tak |  | bez punktacji |
| 3 | Okulary ochronne RTG przezroczyste oprawki dla lepszej widoczności, ochrona przednia Pb min. 0.75mm (Gogle sportowe np.typ przeciw słoneczne) - 3 sztuki | Tak |  | bez punktacji |
| 4 | Wieszak na fartuchy ochronne – 1 szt | Tak |  | bez punktacji |
| **X** | **Gwarancja** |  |  |  |
| 1 | Gwarancja i rękojmia– min 24 miesięcy, max: 60 miesięcy |  |  | *parametr oceniany* |
| **XI** | **Serwis** |  |  |  |
| 2 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) |  |  | do 24 godzin – 20 pktdo 36 godzin – 10 pktdo 48 godzin - 5 pkt |
| 3 | Czas usunięcia awarii od momentu zdiagnozowania usterki (w dni robocze) |  |  | do 3 dni – 20 pktdo 5 dni – 10 pktdo 7 dni – 5 okt |
| 4 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  |  | bez punktacji |
| 5 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  |  | bez punktacji |
| 6 | W okresie gwarancji, bezpłatne przeglądy okresowe w ilości wymaganej przez producenta. Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. | *Podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzenia przeglądów okresowych (w okresie 1 roku) po zakończeniu gwarancji* |  | bez punktacji |
| 7 | Dostępność części zamiennych min 10 lat |  |  | za każdy rok powyżej 10 lat - 5 pktmax. 20 lat |
| 8 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych i i specjalistycznych aparatu.  | TAK |  | bez punktacji |
| **XII** | **Szkolenie** |  |  |  |
| 1 | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. Ilość osób szkolonych do ustalenia na etapie instalacji aparatu. | TAK |  | bez punktacji |
| **XIII** | **Inne wymagania** |  |  |  |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem |  | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |

**UWAGA:**

1.Nie spełnienie wymagań minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

2.Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

3. Na potwierdzenie parametrów wymaganych Zamawiający będzie żądał dostarczenia dokumentów potwierdzających takich jak: prospekty, katalogi lub inne materiały informacyjne producenta aparatu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość** **kpl** | **Cena jedn.****netto w PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **VAT****w %** | **VAT****w PLN** | **Wartość brutto****w PLN** |
| 1 | **Aparat RTG z ramieniem C**typ. ………………………………….... | 1 |  |  |  |  |  |

……………………………..

/podpis i pieczęć Wykonawcy/

**Zadanie nr: 2 Densytometr rentgenowski**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Punktacja** |
| 1 | Aparat rentgenowski z metodą DEXA (stacjonarny), nie wymagający zastosowania specjalnego ekranowania, fabrycznie nowy, nieużywany, nie starszy niż z 2019 roku. | Tak, opisać |  | bez punktacji |
| 2 | TYP/MODEL:producent:kraj | podać |  |  |
| 3 | Numer fabryczny | podać |  |  |
| 4 | Stół skaningowy stacjonarny nieskładany z ramieniem typu „C | Tak, opisać |  | bez punktacji |
| 5 | System ze stołem pozwalający na prowadzenie leczenia osteoporozy | Tak |  | bez punktacji |
| **II** | **Parametry ogólne:** |  |  | - |
| 1 | Moc generatora min. 350W | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 2 | Napięcie zasilające system 230 V/50 Hz bez konieczności stosowania dodatkowych urządzeń zasilających | Tak, podać |  | bez punktacji |
| **III** | **Technologia obrazowania:** |  |  | - |
| 1 | Ruchomy blat stołu, ruchome ramię C | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 2 | Promieniowanie w wiązce wachlarzowej działającej w oparciu o metodę skanowania CT jednokrotnego przejścia nad pacjentem podczas badań podstawowych takich jak szyjka kości udowej, przedramię, odcinek L kręgosłupa | Tak, opisać |  | bez punktacji |
| 3 | Generator dwuenergetyczny, generujący energię wysoką i niską poprzez wysokie i niskie napięcie na lampie dający rzeczywistą wiązkę dwuenergetyczną. | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 4 | Maksymalna dawka promieniowania rozproszonego 1 metr od aparatu (lampy)- max 1 mR/hr | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 5 | Obszar skanowania min. 190cm na 60cm | Tak, podać |  | Zakres minimalny - 1 pktZakres największy – 5 pkt |
| 6 | Czasy skanowania dla lokalizacji:1. kręgosłup AP max. 30 s
2. szyjka kości udowej max. 30s
3. całe ciało/skład ciała max 5 min
 | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 7 | System automatycznej kalibracji pozwalający na stałą kontrolę i utrzymanie stałych warunków podczas każdego badań niezależnie od kalibracji codziennej na fantomie | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 8 | Weryfikacja poprawności autokalibracji przy pomocy fantomu antropomorficznego odcinka L kręgosłupa | Tak |  | bez punktacji |
| 9 | Detektor wysokiej rozdzielczości min. 60 elementowy, ilość rzeczywistych elementów detektora | Tak, opisać |  | bez punktacji |
| 10 | Blat stołu z zmiennym położeniem umożliwiający zdalne przerepozycjonowanie pacjenta z pozycji stacji technika bez konieczności siłowego przemieszczania pacjenta  | Tak |  | bez punktacji |
| 11 | Ruch blatu wzdłużny i poprzeczny | Tak |  | bez punktacji |
| 12 | Fantom kontrolny- fantom antropomorficzny kręgosłupa odcinka L | Tak |  | bez punktacji |
| 13 | Pozycjoner laserowy do łatwego ustalenia prawidłowego ułożenia pacjenta | Tak |  | bez punktacji |
| 14 | Wolna przestrzeń między blatem stołu a ramieniem C w osi stołu umożliwiająca badanie ludzi otyłych min. 55cm | Tak, podać |  | bez punktacji |
| **III** | **Funkcje użytkowe, pomiary** |  |  | - |
| 1 | Kręgosłup lędźwiowy odcinek L kręgosłupa | Tak |  | bez punktacji |
| 2 | Szyjka kości udowej | Tak |  | bez punktacji |
| 3 | Analiza bliższego końca kości udowej | Tak |  | bez punktacji |
| 4 | HSA, Hip Structure Analysis – zaawansowane oprogramowanie do analizy szyjki biodra ( między innymi środek masy ciężkości, kąt osi szyjki kości udowej, moment bezwładności), pomiar długości osi szyjki udowej | Tak |  | bez punktacji |
| 5 | Podwójna szyjka kości udowej z automatycznym obliczaniem pozycji drugiej szyjki  | Tak |  | bez punktacji |
| 6 | Przedramię | Tak |  | bez punktacji |
| 7 | Skolioza kręgosłupa | Tak |  | bez punktacji |
| 8 | Kręgosłup boczny | Tak |  | bez punktacji |
| 9 | Analiza kręgosłupa o niskiej gęstości | Tak |  | bez punktacji |
| 10 | Analiza szyjki kości udowej o niskiej gęstości | Tak |  | bez punktacji |
| 11 | Całe ciało ( Total Body) i skład ciała ( body Composition) z minimum pomiarem;- tkanki trzewnej VAT (Visceral Fat Assesment)- pomiar tkanki w obrębie Gynoid/Android- pomiar regionu zainteresowania np. ręka, udo w zależności od potrzeb urzytkownika | Tak/Nie |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
| 12 | Raport tendencji zmian BCA ( skład ciała) z mapą kolorową składu ciała z automatycznym odniesieniem do klasyfikacji WHO | Tak |  | bez punktacji |
| 13 | Oprogramowanie pediatryczne z analizą; - szyjka kości udowej- przedramię- kręgosłup- total body, całe ciało- pediatria | Tak |  | bez punktacji |
| 14 | Całe ciało ( Total Body)  | Tak |  | bez punktacji |
| 15 | BMD dla całego ciała | Tak |  | bez punktacji |
| 16 | Ocena ryzyka złamania FRAX w badaniach oraz dodatkowo formularz do indywidualnej oceny FRAX. | Tak |  | bez punktacji |
| 17 | Oprogramowanie ortopedyczne- ocena protezy stawu biodrowego- ocena protezy stawu kolanowego | Tak |  | bez punktacji |
| 18 | Morfometria kręgosłupa | Tak/Nie |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
| 19 | Program Whole Body – całe ciało dla niemowląt | Tak |  | bez punktacji |
| 20 | Automatyczne odniesienie wyników do klasyfikacji WHO w badaniach min. szyjka kości udowej, kręgosłup odcinek L, przedramię, Body Composition.  | Tak |  | bez punktacji |
| 21 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie TBS (trabecular bone score) dostępne na dzień składania ofert i zainstalowane w zaoferowanym aparacie, załączyć informację od producenta oprogramowania TBS o kompatybilności zainstalowanego oprogramowania z zaoferowanym densytometrem | Tak |  | bez punktacji |
| **IV** | **Inne funkcje użytkowe** |  |  | - |
| 1 | Konfigurowalny przez użytkownika wygląd raportu z badania | Tak |  | bez punktacji |
| 2 | Limit wagi pacjenta dopuszczona przez oprogramowanie aparatu - min. 200kg | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 3 | Tworzenia baz danych | Tak |  | bez punktacji |
| 4 | Komplet fantomów wg zaleceń producenta, min. fantom antropomorficzny kręgosłupa, akcesoria do pozycjonowania pacjenta, zestaw meblowy dla stanowiska operatora aparatu (stolik (biurko) pod zestaw sterujący, krzesło obrotowe, szafka na akcesoria)  | Tak |  | bez punktacji |
| 5 | System komputerowy stacji roboczej w klasie PC, system operacyjny min Windows 7 Professional lub nowszy, mysz ,klawiatura Parametry minimalne Procesor: min. Intel Dual Core min. 2,7 GHz Pamięć: min. 2GB Dysk: min. 160GB Monitor kolorowy min 17”. Kolorowa drukarka laserowa do wydruku raportów | Tak, podać |  | bez punktacji |
| 6 | Bazy referencyjne;- Baza Pediatryczna- NHANES- skład ciała i całe ciało dla dzieci i dorosłych- NHANES – baza referencyjna etniczna |  |  | bez punktacji |
| **V** | **Gwarancja** |  |  | *-* |
| 1 | Gwarancja i rękojmia– min 24 miesięcy, max: 60 miesięcy |  |  | *parametr oceniany* |
| **VI** | **Serwis** |  |  | - |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać adres, załączyć dokument potwierdzając autoryzację |  |  |
| 2 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) |  |  | do 24 godzin – 20 pktdo 36 godzin – 10 pktdo 48 godzin - 5 pkt |
| 3 | Czas usunięcia awarii od momentu zdiagnozowania usterki (w dni robocze) |  |  | do 3 dni – 20 pktdo 5 dni – 10 pktdo 7 dni – 5 okt |
| 4 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  |  | bez punktacji |
| 5 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  |  | bez punktacji |
| 6 | W okresie gwarancji, bezpłatne przeglądy okresowe w ilości wymaganej przez producenta. Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. | *Podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzenia przeglądów okresowych (w okresie 1 roku) po zakończeniu gwarancji* |  | bez punktacji |
| 7 | Dostępność części zamiennych min 10 lat |  |  | za każdy rok powyżej 10 lat - 5 pktmax. 20 lat |
| 8 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych i specjalistycznych aparatu.  | TAK |  | bez punktacji |
| 9 | Wykonanie projektu osłon stałych dla oferowanego aparatu RTG  | TAK |  | bez punktacji |
| **VII** | **Szkolenie** |  |  | - |
| 1 | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. Ilość osób szkolonych do ustalenia na etapie instalacji aparatu. | TAK |  | bez punktacji |
| **VIII** | **Inne wymagania** |  |  | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem |  | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty |  | bez punktacji |

**UWAGA:**

1/ Nie spełnienie nawet jednego z wymagań minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

 2/Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

 3/ Na potwierdzenie parametrów należy załączyć do oferty materiały informacyjne producenta.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa urządzenia** | **Ilość** **kpl** | **Cena jedn.****netto w PLN** | **Wartość netto****w PLN** | **VAT****w %** | **VAT****w PLN** | **Wartość brutto****w PLN** |
| 1 | **Densytometr rentgenowski**typ. ………………………………….... | 1 |  |  |  |  |  |

………………….…………….

/Podpis i pieczęć Wykonawcy/