D/ZP/381/19/DZ/14

Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM OKULISTYKI I ONKOLOGII**

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba do kontaktów .......................................................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na dostawę **druków**, oferujemy realizację całości zamówienia za następującą cenę:

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa brutto: ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

**Termin realizacji zamówienia :** 7 dni od daty złożenia zamówienia

- Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)* :

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

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

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/19/DZ/14

Załącznik Nr3

**Specyfikacja asortymentowo-cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa produktu** | **j.m.** | **Wymagana ilość** | **Wartość netto** | **Podatek VAT %** | **wartość brutto** |
| **1** | Indywidualna karta pacjenta oddziału okulistycznego. Format A3, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf.(kolor pastelowy żółty). | szt. | 17 000 |  | 23% |  |
| **2** | Indywidualna karta zleceń lekarskich. Format A3, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf (kolor pastelowy zielony). | szt. | 17 000 |  | 23% |  |
| **3** | Karta badania lekarskiego. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 5 000 |  | 23% |  |
| **4** | Karta konsultacji pooperacyjnej. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 13 000 |  | 23% |  |
| **5** | Historia choroby oddziału okulistyka./1 strona/ Format A3, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 17 000 |  | 23% |  |
| **6** | Historia choroby oddziału allergologia./1 strona/ Format A3, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 2 000 |  | 23% |  |
| **7** | Historia choroby oddziału endokrynologia. /1 strona/ Format A3, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 3 000 |  | 23% |  |
| **8** | Zaświadczenie lekarskie MZ/L1.Format A6, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 3 000 |  | 23% |  |
| **9** | Recepta okularowa./dwustronnie/ Format A6.papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **10** | Potwierdzenie odbioru rzeczy chorego. Format A6, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 45 000 |  | 23% |  |
| **11** | Ustalenie terminu na badania (dla gabinetów). Format A6, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 70 000 |  | 23% |  |
| **12** | Informacja dla pacjenta i zgoda na przeprowadzenie operacji zaćmy,/dwustronna/ Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 7 000 |  | 23% |  |
| **13** | Informacja dla pacjenta i zgoda na przeprowadzenie operacji witroretinalnej, /dwustronna/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 2 000 |  | 23% |  |
| **14** | Informacja i zgoda na przeprowadzenie badania angiografii fluoresceinowej. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 7 000 |  | 23% |  |
| **15** | Informacja dla pacjenta i zgoda na postępowanie anestezjologiczne(znieczulenie), /dwustronne/ Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 15 000 |  | 23% |  |
| **16** | Informacja i zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego-iniekcja do ciała szklistego oka preparatu licentis./3 strony/ Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 3 000 |  | 23% |  |
| **17** | Zalecenia dla pacjentów po przebytej operacji fakoemulsyfikacji zaćmy i wszczepieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 7 000 |  | 23% |  |
| **18** | Protokół operacyjny. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **19** | Karta operacji pacjenta podczas transfuzji. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **20** | Protokół pielęgniarki operacyjnej /dwustronny/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **21** | Karta pooperacyjna/sala nadzoru poznieczuleniowego/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 4 000 |  | 23% |  |
| **22** | Karta pooperacyjna/sala wybudzeń/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 5 000 |  | 23% |  |
| **23** | Karta badania po przeszczepie rogówki. Format A5, papier offsetowy 80g/m2 ,wg załączonego wzoru w pliku pdf.(kolor pastelowy niebieski).. | szt. | 2 000 |  | 23% |  |
| **24** | Okołooperacyjna karta kontrolna (wykonana na odwrocie protokołu z poz nr 25). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. + Protokół przekazania pacjenta po zabiegu(wykonana na odwrocie okołooperacyjnej karty z poz nr .24). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. (dwustronnie) | szt. | 20 000 |  | 23% |  |
| **25** | Protokół założenia wkłucia centralnego. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 2 000 |  | 23% |  |
| **26** | Karta oceny stopnia natężenia bólu i skuteczności leczenia/dwustronna/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf., dwustronna | szt. | 20 000 |  | 23% |  |
| **27** | Dobowa karta obserwacji pacjenta. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **28** | Karta cukrzycowa. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 5 000 |  | 23% |  |
| **29** | Karta bilansu płynów. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **30** | Karta obserwacji wkłucia./dwustronnie/ Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 20 000 |  | 23% |  |
| **31** | Karta gorączkowa ogólna /Oddział Onkologii Klinicznej/. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 1 000 |  | 23% |  |
| **32** | Protokół analgosedacji- samokopiujący. Format A4 papier samokopiujący biały. wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 50 000 |  | 23% |  |
| **33** | Protokół znieczulenia - samokopiujący. Format A4 papier samokopiujący biały, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 50 000 |  | 23% |  |
| **34** | Protokół zabiegowy- samokopiujący. Format A4 papier samokopiujący biały. wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 50 000 |  | 23% |  |
| **35** | Historia choroby poradni. Format 420x148 składane do 210x148, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 120 000 |  | 23% |  |
| **36** | Wkladka do historii choroby poradni. Format A5, papier offsetowy 80g/m2, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 80 000 |  | 23% |  |
| **37** | Oświadczenie pacjenta /dwustronne/ Format A5, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 120 000 |  | 23% |  |
| **38** | Karta pola widzenia. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 48 000 |  | 23% |  |
| **39** | Księga dokonanych operacji. Format A4, 300 kartek, papier offsetowy 80g/m2, wg. załączonego wzoru | szt. | 40 |  | 23% |  |
| **40** | Księga zabiegowa. Format A4, 300 kartek, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 40 |  | 23% |  |
| **41** | Księga pracowni diagnostycznej, Format A4,300 kartek, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 40 |  | 23% |  |
| **42** | Recepty numerowane z kodem kreskowym, minimum 100 szt. w bloczku | bl. | 400 |  | 23% |  |
| **43** | Plan opieki pielęgniarskiej(wykonany na odwrocie druku - realizacja planu opieki pielęgniarskiej z poz nr .45). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **44** | Realizacja planu opieki pielęgniarskiej(wykonany na odwrocie druku - Plan opieki pielęgniarskiej z poz nr .44). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf.(DRUK FM 101B) | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **45** | Realizacja planu opieki pielęgniarskiej. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf.(DRUK FM 101C) | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **46** | Plan opieki pielęgniarskiej (powyżej 5 dób) (wykonany na odwrocie druku - realizacja planu opieki pielęgniarskiej z poz nr .48). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf. (DRUK FM 102A) | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **47** | Realizacja planu opieki pielęgniarskiej(wykonany na odwrocie druku - Plan opieki pielęgniarskiej (powyżej 5 dób z poz nr .47). Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf.(DRUK FM 102B)o | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **48** | Realizacja planu opieki pielęgniarskiej. Format A4, papier offsetowy 80g/m2, wg załączonego wzoru w pliku pdf.(DRUK FM 102C) | szt. | 10 000 |  | 23% |  |
| **49** | Zaświadczenie lekarskie - samokopiujący. Format A5 papier samokopiujący biały, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | bl. | 15 |  | 23% |  |
| **50** | Zaświadczenie lekarskie z badania przeprowadzonego do celów sanitarno-epidemiologicznych- samokopiujący. Format A5 papier samokopiujący biały, wg załączonego wzoru w pliku pdf. | bl. | 15 |  | 23% |  |
| **51** | Koperta szara; klejona; rozmiar:248mmx175mm (+- 5mm). Format A5; papier samokopiujący biały; strona tytułowa wykonana wg załączonego wzoru w pliku pdf. | szt. | 200 |  | 23% |  |
| **52** | Karta kontroli czasu pracy pracowników SPSK 5 na rok 2015, sztywny karton, Format A4, zawierająca wytłuszczone w aktualnym kalendarzu dni świąteczne i niedziele. | szt. | 700 |  | 23% |  |
|  |  |  |  | **Razem** | |  |