*Załącznik nr 3*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr PN-1/25*

*Załącznik nr 3*

*do umowy nr PN-1/25*

**SZCZEGÓŁOWE KOSZTY PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa skanera preparatów patomorfologicznych do uzyskiwania obrazów cyfrowych, Zakład Patomorfologii.**

***(tabela wypełniana przez Wykonawcę)***

***W razie potrzeby proszę dodać wiersz w tabeli.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **nazwa określonej części przedmiotu zamówienia** | **cena jednostkowa netto [zł]** | **liczba** | **wartość netto [zł]** | **stawka vat [%]** | **wartość brutto [zł]** |
| 1. | dostawa skanera preparatów patomorfologicznych do uzyskiwania obrazów cyfrowych |  | 1 szt. |  |  |  |
| 2. | dostawa wyposażenia dodatkowego:  ….. (*proszę wymienić*) |  | 1 kpl. |  |  |  |
| 3. | integracja skanera  z posiadanym  i użytkowanym przez ZAMAWIAJĄCEGO systemem informatycznym w Zakładzie Patomorfologii |  | 1 kpl. |  |  |  |
| 4. | instalacja przedmiotu zamówienia oraz jego montaż i uruchomienie |  | 1 kpl. |  |  |  |
| 5. | szkolenie personelu  z zakresu użytkowania  i obsługi oferowanego przedmiotu zamówienia, przeprowadzone  w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO, dla maksymalnie 20 użytkowników |  | 1 kpl. |  |  |  |
|  | **łączna wartość** |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy* |