***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 1) Kapilary i zatyczki – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Kapilary kalibrowane ze znacznikiem na 100ul krwi z heparyną litową 50-100 IU/ml, ze szkła borokrzemowego z obtopionymi końcami (średnica 1,6mm, długość maksymalna 125mm) | |  | 60 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zatyczki gumowe pasujące do kapilar o poj. 100µl z poz. 1. | |  | 120 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania.

Kwota netto poz.1-2 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

2) Kwota brutto poz.1-2 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 2) Nakłuwacze do drenów- 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość w szt.*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Bezpieczny nakłuwacz (otwieracz) do pobierania krwi z drenów i probówek | |  | 7 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania.

1)Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

2) Cena brutto poz.1 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

*Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą***  ***Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| 1. | Bezpieczny jednorazowy nakłuwacz (otwieracz) do pobierania krwi z drenów i probówek | Tak | XXX |
| 2. | Nakłuwacz z PP, z igłą nierdzewną, do utylizacji przez spalanie | Tak | XXX |
| 3. | Nakłuwacz posiada kaptur umożliwiający nałożenie nakłuwacza na probówkę o śred. 10 – 12 mm zapobiegający rozpryskiwaniu krwi przy nakłuciu drenu. | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 3) Testy do oznaczania aldolazy– 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość oznaczeń*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Aldolaza - odczynniki / zestaw | |  | 240 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibrator do aldolazy | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Surowica kontrolna do aldolazy norma | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Surowica kontrolna do aldolazy patologia | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Kwota netto poz.1-4 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1-4 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą***  ***Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| 1. | Odczynniki do ilościowego oznaczania aktywności aldolazy w surowicy krwi, do odczytu na spektrofotometrze ( 340nm, kuweta 1cm) | Tak | XXX |
| 2. | Zasada metody oparta na reakcji przemiany fruktozo-1,6-dwufosforanu do aldehydu 3-fosforoglicerynowego i fosforanu dwuhydroksyacetonu. | Tak | XXX |
| 3. | Należy zaoferować ilość zestawów odczynników, kalibratorów i kontroli, które zapewnią wykonanie **minimum** **240 oznaczeń**, przy założeniu wykonywania badania z częstotliwością 1x na 2 tygodnie i kontroli parametru na dwóch poziomach: fizjologicznym lub patologicznym przy każdej serii oznaczeń tj. 1x na 2 tygodnie | Tak | XXX |
| ~~4.~~ | Do oferty należy dołączyć metodykę wykonania badania wraz z opisem oferowanych odczynników i pozostałych materiałów w języku polskim. Poz. 1-4 z Tabeli nr 1, pakietu nr 3. | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 4) Sprzęt jednorazowy – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość***  ***w szt.*** | ***Ilość sztuk w 1 opakowaniu*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Pojemniki do moczu z PP o poj.100-125ml, z zakrętką w kolorze innym niż pojemniki w pkt.2 - podać kolor, maksymalnie w kartonie 500szt. |  | **35 000** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 2. | Pojemniki do moczu z PP o poj.100-125ml, z zakrętką w kolorze innym niż pojemniki w pkt.1 - **podać kolor**, sterylne, pakowane indywidualnie, z numerem LOT i datą ważności, maksymalnie w kartonie 500szt. |  | **6 000** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 3. | Pojemniki do kału, pojemność 20-30ml, z łopatką, maksymalnie w opakowaniu 500szt. |  | **5 000** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 4. | Pojemnik do dobowej zbiórki moczu o pojemności 2000-2500ml, z podziałką, zakręcany, odporny na używane środki konserwujące np. 5N HCL |  | **700** |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 5. | Pipeta Pasteura niesterylna z polietylenu o poj. 1ml |  | 10 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 6. | Probówki okrągłodenne z PS o poj. 3ml i wymiarach  11-11,5mm x 55mm, bez kołnierza, gładkie ścianki (bez znaczników) |  | 25 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 7. | Korki do probówek o poj. 3ml z poz. 7 |  | 25 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 8. | Probówki wirówkowe (stożkowe) z PS, o poj. 10-11 ml, z podziałką. Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100-105mm |  | 20 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 9. | Probówki z PP o poj.10-11 ml, okrągłodenne,  Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100mm |  | 15 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 10. | Korki uniwersalne do probówek o poj. 10-11 ml (średnica 15-16mm) pasujące do probówek z poz. 10 |  | 15 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 11. | Probówki typu „Eppendorf” o poj.1,5 ml,  z korkiem i stożkowym dnem |  | 12 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 13. | Probówki z PS o poj. 7-8 ml, okrągłodenne, gładkie, bez napisów na dnie. Wymiary: średnica 12-13mm, długość 100mm |  | 10 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 14. | Korki do probówek o poj. 7-8ml z poz. 13 |  | 3 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 15. | Kuwety PS makro o poj. 4 ml do Epolla 20 |  | 8 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 16. | Bagietki laboratoryjne plastikowe z PP lub PS o długości 12-14cm |  | 3500 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 17. | Pojemnik histopatologiczny o poj. 200-250ml, zakręcany na gwint |  | 550 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 18. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 500ml |  | 300 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 19. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 1000ml |  | 200 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 20. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 2000-2500ml |  | 35 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 21. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 5000ml |  | 15 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 22. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL, żółte - typu Gilson, poj. do 200 µl. Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 50 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 23. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL, niebieskie, poj. do 1000 µl. Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 15 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 24. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL bezbarwne/ białe poj. do 5000 µl. Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 5 000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 25. | Probówki do głębokiego mrożenia, o objętości pozwalającej na zamrożenie 1,8 ml płynu, z gwintem zewnętrznym i korkiem z wbudowaną uszczelką |  | 2000 |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | | | | | | |  | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** | |
|  | | | | | | |  | | | ... zł |  | **... zł** | |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania.

Kwota netto poz.1 -25 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1 -25 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 5) – Strzykawki do gazometrii na 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Strzykawki do gazometrii z suchą, wysokoskoncentrowaną heparyną litową (o stężeniu 50 - 80 IU/ml) buforowaną wapniem.  Strzykawki z zakończeniem typu „Luer” o pojemności 2 ml, do pobierania krwi tętniczej, sterylne, pojedynczo pakowane. | |  | 22 000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania.

Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1(z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Strzykawka z suchą, wysokoskoncentrowaną heparyną litową buforowaną wapniem (o stężeniu 50 - 80 IU/ml). | Podać | PODAĆ……..  (wartość stężenia **heparyny litowej buforowanej wapniem)** |
| 2. | Strzykawki z zakończeniem typu Luer o pojemności 2 ml, do pobierania krwi tętniczej | Tak | XXX |
| 3 | Rozwiązanie konstrukcyjne strzykawki i znajdującego się wewnątrz tłoka, umożliwiające eliminację powietrza wewnątrz strzykawki w procesie pobierania krwi tętniczej poprzez zastosowanie np. płaskiej powierzchni tłoka, zastosowaniu membran samowentylujących – podać jakie. | Podać | PODAĆ……..  (jakie jest rozwiązanie konstrukcyjne strzykawki i znajdującego się wewnątrz tłoka, umożliwiające eliminację powietrza wewnątrz strzykawki w procesie pobierania krwi tętniczej) |
| 4 | Strzykawka sterylna, pojedynczo pakowana | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 6) – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość oznaczeń*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Zestaw do oznaczania kwasu wanilinomigdałowego (VMA) w moczu metodą chromatograficzno-spektrofotometryczną | |  | **300 ozn.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Podane ilości oznaczeń uwzględniają kontrole i kalibracje.

Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1(z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| ***Pozycja nr 1*** | | | |
| 1. | Zestaw zawiera wszystkie odczynniki konieczne do ilościowego oznaczania VMA włącznie z kalibratorem. | Tak | XXX |
| 2. | Możliwość przechowywania materiału do oznaczeń (moczu) minimum 2 tygodnie. | Tak | XXX |
| 3. | Liniowość metody minimum 300 mg/l. | Tak | XXX |
| 4. | Stabilność odczynników po otwarciu/przygotowaniu minimum 2 miesiące. | Tak | XXX |
| 5. | Maksymalna wielkość 1op. - 25 oznaczeń. | Tak | XXX |
| 6. | Termin ważności zestawów odczynnikowych minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 7) – 12 miesięcy;*** *Testy do wykrywania drobnoustrojów patogennych - metoda manualna*

***Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań**  **(a)** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto**  **1 opakowania**  **(b)** | **Cena jednostkowa brutto**  **1 opakowania** | **Wartość**  **netto**  **(a x b =c)** | **Podatek**  **VAT**  **w %** | **Wartość brutto**  **(d)** |
| *1* | *Test lateksowy do wykrywania Staphylococcus aureus*  *Opakowania do 100 oznaczeń.* | |  | *1600* |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Test lateksowy do wykrywania paciorkowców beta-hemolitycznych*  *Opakowania do 50 oznaczeń.* | |  | *300* |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Test lateksowy do wykrywania Streptococcus pneumoniae*  *Opakowania do 60 oznaczeń.* | |  | *120* |  |  |  |  |  |  |  |
| *4.* | *Test immunochromatograficzny do wykrywania karbapenemaz* | |  | *60* |  |  |  |  |  |  |  |
| *5.* | *Zestaw do identyfikacji bakterii wytwarzających karbapenemazy* | |  | *60* |  |  |  |  |  |  |  |
| *6.* | *Test biochemiczny do identyfikacji Neisseria spp., Haemophilus spp., Moraxella spp.1*  *Opakowane do 25 szt.* | |  | *60* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | *Wartość netto*  *zamówienia (ogółem)* | *Podatek VAT*  *w %* | ***Wartość brutto\****  ***zamówienia***  ***(ogółem)*** |
|  | |  | | | | | | | *... zł* |  | ***... zł*** |

*1. W przypadku zaoferowania testu, do którego wykonania niezbędne jest użycie dodatkowych odczynników o różnych numerach katalogowych, Wykonawca dostosuje*

*odpowiednio formularz asortymenowo-cenowy w celu wyceny poszczególnych pozycji do realizacji zamówień*

*Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu*

*Kwota netto poz.1- 6 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………………*

*stawka podatku VAT (%)...............................................................................................*

*Cena brutto poz.1- 6 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....*

*Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:*

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą***  ***Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| *Dotyczy pozycji 1.* | | | |
| *1.* | *Test wykrywa: clumping factor, białko A oraz antygen powierzchniowy polisacharydowy S.aureus w postaci płynnego lateksu* | *Tak* | *XXX* |
| *Dotyczy pozycji 2.* | | | |
| *2.* | *- Test klasyfikuje paciorkowce beta - hemolityczne do grup: A,B, C, D, F G wg Lancefield.* | *Tak* | *XXX* |
| *3.* | *Dotyczy pozycji 3 - Test w postaci suchego lateksu* | *Tak* | *XXX* |
| *4.* | *Dotyczy pozycji 1 – 3 - Wymagany asortyment jednego producenta* | *Tak* | *XXX* |
| *5.* | *Kontrola dodatnia w zestawie dotyczy pozycji 2 i 3* | *Tak* | *XXX* |
| *6.* | *Testy lateksowe z kartonikiem do przeprowadzenia badania w zestawie* | *Tak* | *XXX* |
| *7.* | *Odczynnik lateksowy barwiony* | *Tak* | *XXX* |
| *8.* | *Termin ważności – minimum 9 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego* | *Tak* | *XXX* |
| *Dotyczy pozycji 4.* | | | |
| *9.* | *Test wykrywa karbapenemazy typu OXA-48, KPC, NDM, VIM, IMP* | *Podać* | *Podać…..*  *( jaki typ karbapenemaz wykrywa)* |
| *10.* | *Wynik testu po 30 min. od nastawienia testu* | *Tak* | *XXX* |
| *11.* | *Test wykrywa i identyfikuje karbapenemazy w szczepie bakteryjnym pałeczek Enterobacterales, Pseudomonas sp. i Acinetobacter sp.* | *Tak* | *XXX* |
| *Dotyczy pozycji 5.* | | | |
| *12.* | *Test probówkowy* | *Tak* | *XXX* |
| *13.* | *Odczyt wizualny zmiany zabarwienia w probówce* | *Tak* | *XXX* |
| *14.* | *Odczyt do 4 godzin* | *Tak* | *XXX* |
| *Dotyczy pozycji 6.* | | | |
| *15.* | *Baza kodów identyfikowanego szczepów udostępniona na stronie internetowej* | *Podać* | *Podać……..*  *(stronę do odczytu testu)* |
| *16.* | *Przechowywanie w zakresie temperatur 2 ºC -8 ºC* | *Tak* | *XXX* |
| *17.* | *W kalkulacji uwzględniono termin ważności odczynnika dodatkowego w postaci roboczej, nie w postaci liofilizowanej* | *Tak* | *XXX* |
| *18.* | *Odczyt testu wizualny* | *Tak* | *XXX* |
| *19.* | *Inkubacja testów identyfikacyjnych nie dłużej niż 4h* | *Tak* | *XXX* |
| *20* | *Termin ważności minimum 5 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego* | *Tak* | *XXX* |

|  |
| --- |
| ***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 8) – 12 miesięcy***  *Test immunochromatograficzny do wykrywania Rota i Adenowirusów w kale* |

*Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota***  ***jednostkowa netto 1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| *1* | *Test immunochromatograficzny do wykrywania łącznie antygenów rotawirusów i adenowirusów w kale* | |  | *1000* |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | *Wartość netto*  *zamówienia (ogółem)* | *Podatek VAT*  *w %* | ***Wartość brutto\****  ***zamówienia***  ***(ogółem)*** |
|  | |  | | | | | | | *... zł* |  | ***... zł*** |

*Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu*

*Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………………*

*stawka podatku VAT (%)...............................................................................................*

*Cena brutto poz.1 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....*

*Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:*

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych****.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą***  ***Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| *1.* | ***Test do zamówienia od czwartego kwartału 2023 r.*** | *Tak* | *XXX* |
| *2.* | *Test wykrywający łącznie Rota i Adenowirusy pakowany pojedynczo* | *Tak* | *XXX* |
| *3.* | *Probówka z zatyczką z buforem do pojedynczego przygotowania materiału, gotowa do użycia.* | *Tak* | *XXX* |
| *4.* | *Test z pipetką do nakrapiania płynnej próbki kału* | *Tak* | *XXX* |
| *5.* | *Test z pozytywną proceduralną kontrolą wewnętrzną* | *Tak* | *XXX* |
| *6.* | *Test przechowywany w zakresie temperatur 2 °C do 30°C* | *Tak* | *XXX* |
| *7.* | *Odczyt wyniku do 15 minut* | *Tak* | *XXX* |
| *8.* | *Czułość testu > 95 % vs. metoda ELISA* | *Podać* | *Podać ……..*  *czułość testu dla poszczególnych antygenów* |
| *9.* | *Swoistość testu > 98 % vs. metoda ELISA* | *Podać* | *Podać ……………..*  *swoistość testu dla poszczególnych antygenów* |
| *10.* | *Próbki przechowywane do 24 h w zakresie temperatur 2°C -8°C* | *Tak* | *XXX* |
| *11.* | *Termin ważności minimum 6 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego.* | *Tak* | *XXX* |

|  |
| --- |
| ***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 9) – 12 miesięcy -*** *Test immunochromatograficzny do wykrywania Norowirusów w kale* |

***Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania*** | ***Cena jednostkowa brutto 1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| *1* | *Test immunochromatograficzny do wykrywania antygenów norowirusów w kale* | |  | ***500*** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | *Wartość netto*  *zamówienia (ogółem)* | *Podatek VAT*  *w %* | ***Wartość brutto\****  ***zamówienia***  ***(ogółem)*** |
|  | |  | | | | | | | *... zł* |  | ***... zł*** |

*Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu*

*Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………………*

*stawka podatku VAT (%)...............................................................................................*

*Cena brutto poz.1 (z VAT) ……………………………………………………………..…………....*

*Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....*

*Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:*

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych****.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą***  ***Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| *1.* | *Test wykrywający Norowirusy pakowany pojedynczo* | *Tak* | *XXX* |
| *2.* | *Probówka z zatyczką z buforem do pojedynczego przygotowania materiał, gotowa do użycia* | *Tak* | *XXX* |
| *3.* | *Pipetka do nakrapiania płynnej próbki kału* | *Tak* | *XXX* |
| *4.* | *Test z pozytywną proceduralną kontrolą wewnętrzną* | *Tak* | *XXX* |
| *5.* | *Test przechowywany w zakresie temperatur 2 °C do 30°C* | *Tak* | *XXX* |
| *6.* | *Odczyt wyniku do 15 minut* | *Tak* | *XXX* |
| *7.* | *Czułość testu > 95 % vs. metoda ELISA* | *Tak* | *Podać…..*  *(czułość testu)* |
| *8.* | *Swoistość testu > 98 % vs. metoda ELISA* | *Tak* | *Podać……*  *(swoistość testu)* |
| *9.* | *Próbki przechowywane do 24 h w zakresie temperatur 2°C -8°C* | *Tak* | *XXX* |
| *10.* | *Termin ważności minimum 6 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego* | *Tak* | *XXX* |
| *11.* | *Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia* | *Tak* | *XXX* |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 10) – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Cena jednostkowa netto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Anti-IA2 RIA | 50 oznaczeń | 16 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Anti-GAD65 RIA | 50 oznaczeń | 16 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Kwota netto poz.1-2 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1(z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| ***Pozycja nr 1*** | | | |
| 1. | 50 oznaczeń. Znakowany 125I | Tak | XXX |
| 2. | W zestawie 5 kalibratorów gotowych do użycia | Tak | XXX |
| 3. | 2 kontrole gotowe do użycia | Tak | XXX |
| 4. | Bufory gotowe do użycia | Tak | XXX |
| ***Pozycja nr 2*** | | | |
| 1. | 50 oznaczeń. Znakowany 125 I-GAD 65 | Tak | XXX |
| 2 | W zestawie 6 kalibratorów gotowych do użycia | Tak | XXX |
| 3 | 2 kontrole gotowe do użycia | Tak | XXX |
| 4 | Bufory gotowe do użycia | Tak | XXX |
| ***Pozycja 1 i 2*** | | | |
| 1. | **Wykonawca dołączy do oferty :**  Harmonogram dostaw zestawów diagnostycznych, który jest integralną częścią Kalendarza Znakowań | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 11) – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Trak human RIA | |  | 800 | 16 | 50 oznaczeń |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1(z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| ***Pozycja nr 1*** | | | |
| 1. | Test do oznaczenia metodą RIA (RRA) | Tak | XXX |
| 2. | LUDZKI RECEPTOR TSH. Probówki testowe opłaszczone są receptorem pochodzenia ludzkiego hodowanego z linii komórek białaczkowych. Materiał ten jest zatem analogiczny do receptora TSH tarczycy człowieka. | Tak | XXX |
| 3. | STANDARDY LUDZKIE  Połączone zastosowanie, w TRAK human, ludzkich przeciwciał z ludzkim receptorem wpływa na prawidłowe wyrażenie w organizmie ludzkim zależności antygen/przeciwciało. | Tak | XXX |
| 4. | Odczynniki w postaci roztworu, gotowe do użycia | Tak | XXX |
| 5. | Opakowanie zawiera wszelkie odczynniki i komponenty do wykonania testu, w tym probówki opłaszczone receptorem | Tak | XXX |
| 6. | Próg detekcji 0,3 IU/l | Tak | XXX |
| 7. | BLOKOWANIE ENDOGENICZNEGO TSH  W teście dodano przeciwciała anty-h-TSH, aby wyeliminować potencjalny wpływ wynikający z obecności endogennego TSH. Stężenie odpowiednie do oszacowanej, co najmniej 100-krotnej nadmiernej ilości przeciwciał do endogennego TSH u pacjentów cierpiących na nadczynność tarczycy | Tak | XXX |
| 8. | BRAK WPŁYWU PRZECIWCIAŁ anty-TPO i anty-Tg Wysoka jakość (czystość) receptora TSH pochodzenia ludzkiego eliminuje ujemny wpływ przeciwciał anty-TPO i anty-Tg. | Tak | XXX |
| 9. | BRAK WPŁYWU PRZECIWCIAŁ anty-TSH  Używając dwustopniowego modelu inkubacji przeciwciała anty-TSH, które mogą być obecne w surowicy ludzkiej będą usunięte w trakcie pierwszego etapu płukania. | Tak | XXX |
| 10. | BRAK EFEKTU HAMA (human anti-mouse antibody).  Użycie odczynników anti-HAMA zapobiega wpływowi heterofilowych przeciwciał. | Tak | XXX |
| 11. | **Wykonawca dołączy do oferty :**  Harmonogram dostaw zestawów diagnostycznych, który jest integralną częścią Kalendarza Znakowań | Tak | XXX |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 12) – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość sztuk***  ***w 1***  ***opakowaniu*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Pojemniki histopatologiczne na wycinki o pojemności do 20 ml z roztworem formaliny | |  | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Pojemniki histopatologiczne na wycinki o pojemności do 60 ml z roztworem formaliny | |  | 800 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Kwota netto poz.1-2 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1-2 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:……………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Zestaw tworzy podczas obchodzenia się z formaliną hermetycznie zamknięty system. | Tak | XXX |
| 2. | Brak kontaktu z 4% formaldehydem w roztworze wodnym (10% roztworze formaliny). Formalina zamknięta w nakrętce, po przebiciu zalewa próbkę biopsyjną. | Tak | XXX |
| 4. | Maksymalna wielkość 1 opakowania - do 30 sztuk. | Tak | XXX |
| 5. | Termin ważności zestawów odczynnikowych minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 13) – 12 miesięcy;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** | |
| 1. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania kwasu cytrynowego w moczu | |  | 800 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | |
| 2. | Materiał kontrolny należy zaoferować w ilości wystarczającej do wykonania podanej ilości oznaczeń, z uwzględnieniem stabilności, przy założeniu wykonania kontroli przy każdej serii oznaczeń tj. 2 x w tygodniu. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Kwota netto poz.1-2 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1-2 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:……………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| ***Pozycja nr 1 i 2*** | | | |
| 1. | Zestaw do enzymatycznej metody oznaczania kwasu cytrynowego w moczu: odczyt przy długości fali 340 nm lub 365 nm na spektrofotometrze w standardowych warunkach | Tak | XXX |
| 2. | Zestaw zawiera wszystkie składniki odczynnikowe potrzebne do oznaczenia stężenia kwasu cytrynowego w moczu | Tak | XXX |
| 3. | Wykonawca musi zaoferować materiał kontrolny do podanej ilości oznaczeń z uwzględnieniem stabilności, przy założeniu wykonywania oznaczeń 2x w tygodniu przy każdej serii oznaczeń | Tak | XXX |
| 4. | Ilość zestawów odczynnikowych do wykonania podanej ilości oznaczeń, należy zaoferować na podstawie stabilności odczynników po otwarciu/ rozpuszczeniu | Tak | XXX |
| 5. | Stabilność odczynników po otwarciu/ rozpuszczeniu minimum 1 tydzień w temperaturze +2 do +8°C | Podać | Podać………..  (stabilność odczynników po otwarciu/ rozpuszczeniu) |
| 6. | Przygotowanie materiału do badań nie wymagające dodatkowych procedur  (dopuszczalne wirowanie, ustalenie pH ) | Podać | Podać…………….  (jakie dodatkowe procedury są wymagane podczas przygotowywania materiału do badań) |
| 7. | Termin ważności zestawów odczynnikowych minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |

***ZAŁĄCZNIK 1 (PAKIET 14) –Zestawy do diagnostyki celiakii- 24 miesiące;***

**Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | | ***Producent***  ***Kod katalogowy***  ***Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań***  ***(a)*** | ***Ilość badań***  ***z 1***  ***opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto***  ***1 opakowania***  ***(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***1 opakowania*** | ***Wartość***  ***netto***  ***(a x b =c)*** | ***Podatek***  ***VAT***  ***w %*** | ***Wartość brutto***  ***(d)*** |
| 1 | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgA  96 ozn | |  | 5760 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgG  96 ozn | |  | 5760 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgA  96 ozn. | |  | 2304 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgG  96 ozn. | |  | 2304 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | | ... zł |  | **... zł** |

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu

Podane ilości oznaczeń uwzględniają kontrole i kalibracje

Kwota netto poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

Słownie : …………………………………………………………………………………………………

stawka podatku VAT (%)...............................................................................................

Cena brutto poz.1(z VAT) ……………………………………………………………..………….....

Słownie : …………………………………………………………………………………………….…....

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:………………………………………………………………

**Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgA – test ilościowy, wymagane 3-5 kalibratorów tzn. krzywa wzorcowa oparta na pomiarze 3-5 poziomów kalibratorów  Antygen – rekombinowana ludzka transglutaminaza | Podać | Podać…..  (ilość kalibratorów, na których oparta jest krzywa wzorcowa oferowanego zestawu) i nazwę antygenu |
| 2. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgG – test ilościowy, wymagane 3-5 kalibratorów tzn. krzywa wzorcowa oparta na pomiarze 3-5 poziomów kalibratorów  Antygen – rekombinowana ludzka transglutaminaza | Podać | Podać…….  (ilość kalibratorów, na których oparta jest krzywa wzorcowa oferowanego zestawu) i nazwę antygenu |
| 3. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgA i w klasie IgG – test ilościowy, wymagane 3-5 kalibratorów tzn. krzywa wzorcowa oparta na pomiarze 3-5 poziomów kalibratorów.  Antygen –deaminowane analogi peptydów gliadyny | Podać | Podać……  (ilość kalibratorów, na których oparta jest krzywa wzorcowa oferowanego zestawu) i nazwę antygenu |
| 4. | Kompletny zestaw diagnostyczny do oznaczania przeciwciał metodą ELISA. | Tak | XXX |
| 5. | Wszystkie składowe zestawu – oprócz buforów – gotowe do użycia. | Tak | XXX |
| 6 | Jedna kontrola pozytywna i jedna negatywna dla każdej z podklas przeciwciał | Tak | XXX |
| 7 | Płytka mikrotitracyjna z dzielonymi studzienkami reakcyjnymi na 96 oznaczeń | Tak | XXX |
| 8 | Odczyt przy długości fali 450 nm wobec filtra referencyjnego 630 nm. | Tak | XXX |
| 9 | Trwałość próbek materiału do badania (możliwość przechowywania od momentu pobrania do wykonania) minimum 14 dni. | Tak | XXX |
| 10 | Odczynniki w zestawie o jednym numerze seryjnym. | Tak | XXX |
| 11. | Termin ważności zestawów odczynnikowych minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |
| 12 | Do oferty dostarczyć metodyki proponowanych testów | Tak | XXX |
| 13. | Zapewnienie udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej w czasie trwania umowy | Podać | Podać  Zapewniam udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej ………………………( podać nazwę kontroli) |

**Tabela nr 3. Zestawienie parametrów ocenianych (w ramach kryterium oceny ofert: Jakość).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Wymagana odpowiedź** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **Tak/ Nie** | **Sposób oceny** |
| 1 | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgA – krzywa wzorcowa oparta na pomiarze 3 kalibratorów | Tak |  | Tak – 15 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 2 | Oferowane zestawy od jednego producenta | Tak |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 3 | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgG i IgA – antygen rekombinowane białko powstałe na skutek fuzji trzech powtarzających się sekwencji nonapeptydów gliadyny | Tak |  | Tak – 15 pkt.  Nie – 0 pkt. |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp.**