**Dostawa odczynników do oznaczania krwi utajonej, narkotyków i szybkich testów mikrobiologicznych, wraz z dzierżawą czytnika testów immunochromatycznych II.**

**Tab. Dane dot. czytnika testów immunochromatycznych.**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p** | **Dane dot. urządzenia** |
|  | Nazwa czytnika…………………………………………………………………………………………………………Producent…………………………………………………………………………………………………………………Rok produkcji…………………………………………………………………………………………………………… Wartość netto……………………………………………………………………………………………………………  Wartość brutto…………………………………………………………………………………………………………  |
|  | **Kontrola zewnatrzlaboratoryjna**Podać nazwę i numer kontroli i zewnątrzlaboratoryjnej dla **narkotyków** ………………………………………………………………………………………………………………………………Harmonogram kontroli………………………………………………………………………………………………Podać nazwę i numer kontroli i zewnątrzlaboratoryjnej dla **FOB**…………………………………Harmonogram kontroli……………………………………………………………………………………………… |
|  | Podać przewidywany **harmonogram przeglądów serwisowych** dla oferowanego czytnika testów……………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Podać adres serwisu, imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie **czytnika testów**, nr telefonu e-mail………………………………………………………………………………………………………………………………… |