Załącznik 1a

**FORMULARZ CENOWY**

1. **Odczynniki do barwień immunohistochemicznych na okres 12 miesięcy (3000 barwień)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa własna asortymentu** | **Producent** | **Ilość** | **Wartość netto**  | **Stawka VAT** | **Wartość brutto**  |
| 1. | System wizualizacyjny wraz ze wszystkimi potrzebnymi odczynnikami i materiałami zużywalnymi |  |  | **8 op.** |  |  |  |

**2. Dzierżawa aparatu (nowy lub używany ale nie starszy niż 8 lat)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Nazwa własna aparatu** | **Ilość miesięcy dzierżawy** | **Wartość za 1 miesiąc** | **Wartość netto**  | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** **za 12 miesięcy**  |
| 1. | Dzierżawa aparatu do barwień Dako Autostainer 48 Link lub równoważny 1 –szt. oraz moduł do odparafinowania i odkrywania antygenów PT Link lub równoważny – 1 szt. |  | **12** | **8 op.** |  |  |  |

Łączna wartość tabeli nr 1 + 2 wynosi brutto....................

**UWAGA: Sprzęt musi spełniać wymogi konieczne dla wyrobów medycznych**