**I. ODCZYNNIKI IMMUNOCHEMICZNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **NR KATALOGOWY / NAZWA ODCZYNNIKÓW\*\*** | **PRZEWIDYWANA ILOŚĆ OZNACZEŃ NA 36 M-CY** | **ILOŚĆ OPAKOWAŃ**  **WYSTARCZAJĄCA DO WYKONANIA PRZEWIDYWANEJ ILOŚCI OZNACZEŃ W OKRESIE 36 M-CY - ZAOKRĄGLENIE W GÓRĘ DO PEŁNEGO OPAKOWANIA   (Z UWZGLĘDNIENIEM TERMINU WAŻNOŚCI)** | **WIELKOŚĆ OPAKOWANIA ODCZYNNIKA** | **CENA JEDN. NETTO 1 OP.**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ NETTO**  **(ZŁ)** | **VAT**  **(%)** | **WARTOŚĆ VAT**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **(ZŁ)** |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **4 X 6** |  | **7 X 8** | **7 + 9** |  |
| 1\* | Kwas mykofenolowy |  | 5 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2\* | Gentamycyna |  | 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3\* | Wankomycyna |  | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* należy rozbudować tabelę o ilość wierszy zależnie od ilości wymaganych odczynników

**\*\* należy podać nr katalogowy oraz nazwę odczynników**

**UWAGA: WSZYSTKIE PODANE ILOŚCI OZNACZEŃ UWZGLĘDNIAJĄ TESTY WYKORZYSTANE NA OZNACZENIA KONTROLNE**

**II. MATERIAŁ KONTROLNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **NR KATALOGOWY / NAZWA ODCZYNNIKÓW\*\*** | **PRZEWIDYWANA ILOŚĆ KONTROLI NA 36 M-CY** | **ILOŚĆ OPAKOWAŃ MATERIAŁU KONTROLNEGO WYSTARCZAJĄCA DO WYKONANIA PRZEWIDYWANEJ CZĘSTOTLIWOŚCI OZNACZEŃ KONTROLNYCH W OKRESIE 36 M-CY - ZAOKRĄGLENIE W GÓRĘ DO PEŁNEGO OPAKOWANIA (Z UWZGLĘDNIENIEM TERMINU WAŻNOŚCI)** | **WIELKOŚĆ OPAKOWANIA MATERIAŁU KONTROLNEGO** | **CENA JEDN. NETTO 1 OP.**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ NETTO**  **(ZŁ)** | **VAT**  **(%)** | **WARTOŚĆ VAT**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **(ZŁ)** |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **4 X 6** |  | **7 X 8** | **7 + 9** |  |
| 1\* | Materiał kontrolny do oznaczeń immunoenzymatycznych – minimum 2 poziomy |  | 2 poziomy  4 x w miesiącu |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* należy rozbudować tabelę o ilość wierszy zależnie od ilości materiału kontrolnego

\*\* należy podać nr katalogowy oraz nazwę odczynników

**III. POZOSTAŁE NIEZBĘDNE MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE (W TYM KALIBRATORY, PŁYNY)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **NR KATALOGOWY / NAZWA PRODUKTU\*\*** | **WIELKOŚĆ OPAKOWANIA** | **ILOŚĆ OPAKOWAŃ WYSTARCZAJĄCA DO WYKONANIA PRZEWIDYWANEJ ILOŚCI OZNACZEŃ  W OKRESIE 36 M-CY - ZAOKRĄGLENIE W GÓRĘ DO PEŁNEGO OPAKOWANIA (Z UWZGLĘDNIENIEM TERMINU WAŻNOŚCI)** | **CENA JEDN. NETTO 1 OP.**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ NETTO**  **(ZŁ)** | **VAT**  **(%)** | **WARTOŚĆ VAT**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **(ZŁ)** |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |  |
|  |  |  |  |  |  | **4 X 5** |  | **6 X 7** | **6 + 8** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  |  |

\*\* należy podać nr katalogowy oraz nazwę materiałów

**Uwaga.**W czasie trwania umowy dzierżawy Wykonawca zobowiązany jest do nieodpłatnego dostarczenia wszystkich odczynników, kontroli, kalibratorów oraz materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych nie ujętych w ofercie, a niezbędnych do wykonywania badań.

W przypadku niedoszacowania ilości odczynników, kontroli oraz materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania określonych przez Zamawiającego ilości badań, Wykonawca zobowiązany jest do ich nieodpłatnego dostarczania na etapie realizacji umowy.

Data ważności wszystkich dostarczanych odczynników nie może być krótsza niż 6 miesięcy.

Jeżeli procedura testu tego wymaga, Wykonawca dostarczy nieodpłatnie niezbędne do obróbki wstępnej próbki wyposażenie (mikrowirówka, wytrząsarka, termoblok itp.)

**IV. DZIERŻAWA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **STAWKA MIESIĘCZNA**  **NETTO (ZŁ)** | **ILOŚĆ MIESIĘCY DZIERŻAWY** | **WARTOŚĆ NETTO**  **(ZŁ)** | **VAT**  **(%)** | **WARTOŚĆ VAT**  **(ZŁ)** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **(ZŁ)** | **NAZWA /**  **PRODUCENT OFEROWANEGO SYSTEMU** |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  |
|  |  |  |  | **2 X 3** |  | **4 X 5** | **4 + 6** |  |  |
| 1 | Czynsz dzierżawny analizatora immunoenzymatyczego |  | 36 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | |  | - - |  |

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym powyżej na kwotę:

**BRUTTO: ……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

**NETTO:** **……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres …………….. ( min. 30 dni ) licząc od daty wyznaczonej jako termin składania ofert.
2. Termin płatności: 30 dni licząc od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
3. Termin realizacji /dostawy: zobowiązuję się do wykonywania dostaw sukcesywnych w terminie maksymalnie **do ……… dni roboczych,** na podstawie składa­nych przez Zamawiają­cego zamówień ilościowo-asortymentowych, licząc bieg terminu od dnia otrzymania zamówienia Zamawiającego),

Oświadczam, że termin przydatności na dostarczony asortyment wynosi ………… miesięcy liczony od dnia odbioru asortymentu przez Zamawiającego

…………....................................

data, pieczątka i podpis Wykonawcy