.......................................................... ........................................................

*/pieczęć Wykonawcy/ /miejscowość i data/*

**OFERTA**

**„Dostawa odczynników serologicznych ZaP-59/15”**

1. **Pełna nazwa i adres siedziby Wykonawcy**

......................................................................................................................................................

Telefon:............................................... e-mail: ....................................

REGON:.............................................. NIP:........................................

**2. CENA OFERTY:**

**Pakiet Nr 1**

Cena ofertowa netto: .................................. zł + należny podatek VAT .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................ zł

(słownie brutto: .....................................................................................................)

**Pakiet Nr 2**

Cena ofertowa netto: .................................. zł + należny podatek VAT .............. zł

Cena ofertowa brutto: ................................ zł

(słownie brutto: .....................................................................................................)

.............................................................................

*/pieczęć i podpis(y) osoby(osób) uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy/*

**FORMULARZ CENOWY – Pakiet Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa artykułu** | **Ilość** | **Cena jedn. netto op. w zł** | **Wartość netto w zł.** | **Wartość VAT w zł.** | **Wartość brutto w zł** | **Producent/ numer katalogowy** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** |
| **1.** | **LISSCoombs /op. = 24 x 12/** | **8 op.** |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Coombs Anti-IgG /op. = 4 x 12/** | **3 op.** |  |  |  |  |  |
| **3.** | **ID DiaCell I II III /op. = 3 x 10 ml/** | **26 op.** |  |  |  |  |  |
| **4.** | **DiaClon AB0 Rh for Newborns DVI- /op. = 4 x 12/** | **3 op.** |  |  |  |  |  |
| **5.** | **ID Diluent 2 /op. = 1 x 500 ml/** | **6 op.** |  |  |  |  |  |
| **6.** | **ID Tips /op. = 1 x 1000 ml/** | **13 op.** |  |  |  |  |  |
| **7.** | **DiaClon AB0/D + rewerse grouping /op. = 4 x 12/** | **2 op.** |  |  |  |  |  |
| **8.** | **DiaMed QC Survey BASIC /zestaw/** | **4 zestawy** |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |  |  |

Wymagania graniczne:

1. Metoda oparta na aglutynacji krwinek czerwonych.
2. Termin ważności krwinek firmowych – min. 5 tygodni, mikrokart grupowych – min. 9 miesięcy, mikrokart PTA – min. 12 miesięcy.
3. Pokojowa temperatura przechowywania kart.
4. Dostawa wg harmonogramu na dany rok.
5. Dostawa transportem monitorowanym pod względem temperatury 2-8 st.C potwierdzona wydrukiem. **Wydruk jako załącznik do oferty!**
6. Wszystkie odczynniki i kontrola muszą pochodzić od jednego producenta celem walidacji metody.
7. Mikrokarty do testu PTA powinny być wypełnione surowicą antyglobulinową poliwalentną.
8. Krwinki wzorcowe do badania przeciwciał odpornościowych z panelem 3 krwinkowym zawierającym antygen Cw - gotowe do użycia.
9. Wymagana jest metodyka eliminująca płukanie krwinek czerwonych, zawiesina krwinek poniżej 1 %.
10. Mikrokarty muszą składać się z 6 kolumn wypełnionych żelowym podłożem separującym (dedykowane do metody).
11. W/w odczynniki dedykowane do posiadanego przez Zamawiającego sprzętu DIAMED ID-SYSTEM.

**FORMULARZ CENOWY – Pakiet Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa odczynnika** | **Opakowanie** | **Ilość opakowań/ zestawów potrzebna na 12 miesięcy** | **Cena jedn. netto op./zest. w zł** | **Wartość netto w zł.** | **Wartość VAT w zł.** | **Wartość brutto w zł** |
| 1. | Odczynnik monoklonalny anty-A klon 1 | 10 but x 5 ml | 8 (80 but) |  |  |  |  |
| 2. | Odczynnik monoklonalny anty-A klon 2 | 10 but x 5 ml | 8 (80 but) |  |  |  |  |
| 3. | Odczynnik monoklonalny anty-B klon 1 | 10 but x 5 ml | 8 (80 but) |  |  |  |  |
| 4. | Odczynnik monoklonalny anty-B klon 2 | 10 but x 5 ml | 8 (80 but) |  |  |  |  |
| 5. | Odczynnik monoklonalny anty-RUM1 | 10 but x 5 ml | 12 (120 but) |  |  |  |  |
| 6. | Odczynnik monoklonalny anty-Blend | 10 but x 5 ml | 12 (120 but) |  |  |  |  |
| 7. | Odczynnik monoklonalny anty-Cw | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 8. | Odczynnik monoklonalny anty-C | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 9. | Odczynnik monoklonalny anty-c | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 10. | Odczynnik monoklonalny anty-E | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 11. | Odczynnik monoklonalny anty-e | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 12. | Odczynnik monoklonalny anty-K | 1 but x 2 ml | 4 (4 but) |  |  |  |  |
| 13. | Dolichotest | 2 but x 2 ml | 2 (4 but) |  |  |  |  |
| 14. | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do układu AB0 KKW-AB0 I | Zestaw 3 x 4 ml | 60 zestawów |  |  |  |  |
| 15. | Odczynnik monoklonalny anty – IgG | 2 but x 2 ml | 4 (8 but) |  |  |  |  |
| 16. | Surowica antyglobulinowa poliwalentna płynna | 10 but x 5 ml | 4 (40 but) |  |  |  |  |
| 17. | Standard anty-D | 10 but x 2 ml | 8 (80 but) |  |  |  |  |
| 18. | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał KKW I | Zestaw 3 x 4 ml | 12 zestawów |  |  |  |  |
| 19. | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał KKW II | 10 x 4 ml | 12 zestawów |  |  |  |  |
| 20. | LISS-L | 1 but x 100 ml | 24 but |  |  |  |  |
| 21. | Standaryzowane Krwinki Wzorcowe 0Rh+ opłaszczone przeciwciałami do anty-D | Zestaw 2 x 2 ml | 6 zestawów |  |  |  |  |
| 22. | PBS | 1 but/500ml | 48 but |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem:** |  |  |  |