**Pakiet nr 1 – Strzykawki do gazometrii - na okres 12 miesięcy;**

Strzykawki do pobierania krwi tętniczej do pomiaru gazometrii i parametrów krytycznych do analizatorów ABL 835 Flex, ABL 90 i ABL 80 w posiadaniu Zamawiającego.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość sztuk** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Strzykawki do pobierania krwi tętniczej i żylnej do analizy gazometrii, oksymetrii, elektrolitów i metabolitów |  | **20 000** | **20 000** |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT( %) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone w miejscach „xxx”** |
| 1. | Strzykawki z antykoagulantem – suchą, wysokoskoncentrowaną heparyną litową **(50-80IU /ml)** elektrolitowo zbilansowaną jonami wapnia, w celu zabezpieczenia materiału przed wykrzepianiem i wyeliminowaniem błędów związanych z pomiarem elektrolitów | Podać | PODAĆ……..  (wartość stężenia heparyny litowej buforowanej jonami wapnia **)** |
| 2. | Strzykawki o maksymalnej pojemności do 1 ml pobieranej krwi z zakończeniem typu Luer i z ogranicznikiem tłoka | Tak | XXX |
| 3. | Wyraźnie oznaczona zalecana minimalna objętość napełnienia krwią ( nie większa niż 0,5 ml ) potrzebna do pomiaru wszystkich parametrów gazometrii w analizatorach firmy Radiometer | Tak | XXX |
| 4. | Strzykawki sterylne z nasadką pomagającą uszczelnić próbkę po pobraniu krwi, pojedynczo pakowane | Tak | XXX |

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

**Pakiet nr 2 Elastaza – -na okres 24 miesięcy;**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Nieinwazyjny, **immunochromatograficzny test do półilościowego** pomiaru stężenia elastazy-E1 w próbkach kału. Test pozwalający na ocenę zewnątrzwydzielniczej funkcji trzustki.  Czułość i specyficzność metody pomiaru elastazy-E1 musi wynosić **minimum 92%.**  Wymagany termin ważności – minimum 12 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego. |  | 100 | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |

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

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 3 – Odczynniki dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium - na okres 24 miesięcy;**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Anti-IA2 RIA |  | **1600 ozn.** | 32 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Anti-GAD65 RIA |  | **1600 ozn.** | 32 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |

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

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone 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** | | | |
| 5. | 50 oznaczeń. Znakowany 125 I-GAD 65 | Tak | XXX |
| 6. | W zestawie 6 kalibratorów gotowych do użycia | Tak | XXX |
| 7. | 2 kontrole gotowe do użycia | Tak | XXX |
| 8. | Bufory gotowe do użycia | Tak | XXX |
| **Pozycja 1 i 2** | | | |
| 9. | **Wykonawca dołączy do oferty:**  Harmonogram dostaw zestawów diagnostycznych, który jest integralną częścią Kalendarza Znakowań | Tak | XXX |

**Pakiet nr 4 Odczynniki dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium - na okres 24 miesięcy;**

**Tabela nr 1 : Formularz asortymentowo – cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | AIA-RIA |  | 5.000 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 17α-OH-PROGESTERON-RIA |  | 6.000 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | IGF BP3- IRMA |  | 9.000 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  (%) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone w miejscach „xxx”** |
| 1 | wykonywanie oznaczeń z okresem inkubacji do 3 godzin | Tak | XXX |
| 2. | probówki opłaszczone, | Tak | XXX |
| **Dotyczy pozycji nr 1** | | | |
| 4. | oznaczanie w surowicy przeciwciał wolnych i całkowitych, | Tak | XXX |
| 5. | oznaczanie w surowicy w ilości do 100 µl, | Tak | XXX |
| **Dotyczy pozycji nr 2** | | | |
| 6. | dołączenie do zestawu odczynnika Reconstitution Solution | Tak | XXX |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 5 – Pojemniki do materiału histopatologicznego – na okres 24 miesięcy;**

**Tabela nr 1 : Formularz asortymentowo – cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Pojemniki histopatologiczne na wycinki o pojemności do maksymalnie 40 ml z roztworem formaliny |  | 10 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  (%) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | |  |  |  |  |

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

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone 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 |

**Pakiet 6 – Kwas cytrynowy - na okres 24 miesięcy;**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania kwasu cytrynowego w moczu |  | 1 650 ozn. | 55 |  |  |  |  |  |  |
| 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  (%) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | | |  |  |  |  |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone w miejscach „xxx”** |
| 1. | Zestaw do enzymatycznej metody oznaczania kwasu cytrynowego w moczu: odczyt przy długości fali 340 nm lub 365 nm na spektrofotometrze w standardowych warunkach | Podać | ………..  (Podać długość fali) |
| 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 od +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 |

**Wykonawca wypełni tabelę zgodnie z wymogiem Zamawiającego. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowane będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i z zastrzeżeniem art. 107 ust. 2 pzp spowoduje odrzucenie oferty.**

**Pakiet 7 –Zestawy do diagnostyki celiakii- - na okres 8 miesięcy;**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgA 96 ozn |  | 2496 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgG  96 ozn |  | 2496 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgA  96 ozn. |  | 672 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw gliadynie w klasie IgG  96 ozn. |  | 672 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  (%) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | |  |  |  |  |

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

Podane ilości oznaczeń uwzględniają kontrole i kalibracje

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą**  **Miejsca oznaczone jako „xxx” nie wymagają uzupełnienia przez Wykonawcę. Składając ofertę, Wykonawca potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone 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.)  Podać zastosowany w teście antygen. |
| 2. | Zestaw odczynnikowy do oznaczania przeciwciał przeciw ludzkiej transglutaminazie w klasie IgG – test półilościowy, wymagany minimum 1 kalibrator tzn. krzywa wzorcowa oparta na pomiarze minimum 1 poziomu kalibratora.  Antygen – rekombinowana ludzka transglutaminaza | Podać | ……………………..  (Podać ilość kalibratorów, na których oparta jest krzywa wzorcowa oferowanego zestawu.)  Podać zastosowany w teście antygen. |
| 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)  Podać zastosowany w teście antygen. |
| 4. | Kompletny zestaw diagnostyczny do oznaczania przeciwciał metodą ELISA  przy użyciu czytnika i płuczki będących na wyposażeniu Zamawiającego. Zainstalowanie oprogramowania do przeprowadzenia testów po stronie Wykonawcy. | 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 w języku polskim | Tak | XXX |
| 13. | Zapewnienie udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej w czasie trwania umowy – min. 1 kontrola/8 miesięcy. | Tak | …………………………………………………..  (Podać nazwę kontroli zewnątrzlaboratoryjnej) |
| 14 | Termin dostawy maksymalnie 5 dni roboczych | Tak | XXX |

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Wymagana odpowiedź** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **Tak/ Nie** | **Sposób oceny** |
| 1 | Oferowane zestawy od jednego producenta | Tak |  | Tak – 15 pkt.  Nie – 0 pkt. |
| 2 | Zestawy odczynnikowe 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 – 25 pkt.  Nie – 0 pkt. |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 8 – Nożyki do zgrzewarki – - na okres 24 miesięcy**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość (szt.)** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Nożyki do zgrzewarki do jałowego łączenia drenów Terumo TSCD-II |  | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  (%) | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | | |  |  |  |

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

Podane ilości oznaczeń uwzględniają kontrole i kalibracje.

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 9 – Paski do glukometrów Accu Check Instant - na okres 24 miesięcy**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1 opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Paski do glukometrów kompatybilne z glukometrami Accu Check Instant, będącymi w posiadaniu Zamawiającego |  | 80.000 |  |  |  |  |  |  |  |

Wymagany termin ważności – minimum 8 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego.

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

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

**Pakiet nr 10 – Odczynniki do aparatu ABL 80 firmy Radiometer ( w posiadaniu zamawiającego, o numerze ewidencyjnym T-801/3140 znajdującym się w Pracowni Inwazyjnej Kardiologii Dziecięcej) - na okres 24 miesięcy**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań/ rolek** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Pakiet odczynników do analizatora  ABL 80 OSM |  |  | 14 op. |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kaseta sensorowa 200 oznaczeń / 60 dni do analizatora ABL 80 OSM |  |  | 14 op. |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Papier do drukarki analizatora  ABL 80 OSM |  |  | 18 rolek |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Przegląd serwisowy – minimum 1 raz rocznie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 11 Sprzęt jednorazowy – - na okres 24 miesięcy**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Ilość opakowań** | **Ilość szt.**  **w 1**  **opakowaniu** | **Kwota jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 1. | Korki do probówek o poj. 3ml średnica 11-13 mm  Maksymalne opakowanie 1000 szt. |  | 10 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Probówki wirówkowe (stożkowe) z PS, o poj. 10-11 ml, z podziałką. Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100-105mm  Maksymalne opakowanie 500 szt. |  | 20 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Probówki z PP o poj.10-11 ml, okrągłodenne,  Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100mm  Maksymalne opakowanie 500 szt. |  | 45 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Korki uniwersalne do probówek o poj. 10-11 ml (średnica 15-16mm) pasujące do probówek z poz. 3  Maksymalne opakowanie 1000 szt. |  | 25 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Probówki typu „Eppendorf” o poj. 1,5 ml,  z korkiem i stożkowym dnem  Maksymalne opakowanie 1000 szt. |  | 38 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Probówki z PS o poj. 7-8 ml, okrągłodenne, gładkie, bez napisów na dnie. Wymiary: średnica 12-13mm, długość 100mm  Maksymalne opakowanie 500 szt. |  | 50 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Korki gładkie wciskane (bez skrzydełek) **do probówek o średnicy 11,5 – 12 mm”. Maksymalne opakowanie 1000 szt.** |  | 25 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Kuwety PS makro o poj. 4 ml do Epolla 20  Maksymalne opakowanie 100 szt. |  | 15 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Bagietki laboratoryjne plastikowe z PP lub PS o długości 12-14cm |  | 10 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 2000-2500ml |  | 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 5000ml |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL, żółte - typu Gilson, poj. do 200 µl.  Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 55 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL, niebieskie, poj. do 1000 µl.  Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 3 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Końcówki do pipet automatycznych firmy HTL bezbarwne/ białe poj. do 5000 µl.  Pipety HTL są własnością Zamawiającego. |  | 8 000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Probówki do głębokiego mrożenia, o objętości pozwalającej na zamrożenie 1,8 ml płynu, z gwintem zewnętrznym i korkiem z wbudowaną uszczelką, **sterylne**, opakowanie maksymalnie 100 szt. |  | 4000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | | | | | | |  |  |  |  |

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

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pakiet nr 12 – Wymazówki - na okres 24 miesięcy**  **Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań**  **z 1**  **opakowania** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** | | 1 | Sterylna wymazówka w probówce bez podłoża  - z końcówką typu regularnego z flokowanego nylonu  - dedykowany do gardła, rectum, rany  - długość do 20 cm |  | 8 000 |  |  |  |  |  |  |  | | 2 | Zestaw transportowy z podłożem Amies bez węgla, do wymazu: - pakowane indywidualnie (opakowanie papierowo-foliowe lub foliowe),  - aplikator z PS lub PP,  - wacik - włókno syntetyczne, sztuczny jedwab, włókno wiskozowe  - sterylny,  - długość 15-17cm. |  | 7 200 |  |  |  |  |  |  |  | | 3 | Pałeczka do wymazu w opakowaniu foliowo - papierowym - aplikator z PS lub PP,  - wacik - włókno syntetyczne, sztuczny jedwab, włókno wiskozowe  - sterylna,  - długość 15-17cm - wielkość opakowania - **maksymalnie 1000 szt.** |  | 35 000 |  |  |  |  |  |  |  | | 4 | Sterylny zestaw do pobierania i transportu wymazów  - wymazówka niegiętka z punktem pęknięcia końcówką typu mini z flokowanego nylonu  - probówka zakręcana z podłożem Amies 1ml  - dedykowany do oka, ucha  - wielkość opakowania – maksymalnie 50szt. |  | 1 050 |  |  |  |  |  |  |  | | 5 | Sterylny zestaw do pobierania i transportu wymazów  - wymazówka z punktem pęknięcia z końcówką typu regularnego z flokowanego nylonu  - probówka zakręcana z podłożem Amies 1ml  - dedykowany do gardła, rectum, rany |  | 1950 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Pakiet nr 13 – Kapilary - na okres 24 miesięcy**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Przedmiot oferty** | | **Producent**  **Kod katalogowy**  **Nazwa** | **Ilość (szt.)** | **Ilość opakowań** | **Wielkość**  **oferowanego opakowania** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| 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) | |  | 32 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | | Zatyczki gumowe pasujące do kapilar o poj. 100µl z poz. 1. | |  | 64 000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | | Wartość netto  zamówienia (ogółem) | Podatek VAT  w % | **Wartość brutto\***  **zamówienia**  **(ogółem)** |
|  | |  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  | | | | | | |

**Całkowita wartość netto zamówienia:……………………………………………………………………………**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**

**Całkowita wartość brutto zamówienia:………………………………………………………………………….**

**(Słownie):…………………………………………………………………………………………………………..**