Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 1 – Szybkie testy diagnostyczne oraz odczynniki proste do analityki ogólnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Białko CRP - test lateksowy - zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Czynnik reumatoidalny RF – test lateksowy, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Test immunochromatograficzny kasetkowy do ozn. krwi utajonej w kale, bez specjalnej diety, zestaw zawierający kontrole. |  | test | 180 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Test kasetkowy do ozn. Antygenu H. Pylori w kale z aplikatorem |  | test | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Test ciążowy w moczu, (szybki test kasetkowy) |  | test | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Antystreptolizyna O (ASO) test lateksowy, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Czynnik reumatoidalny – Waaler - Rose, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Antygen kardiolipinowy USR (RPR Carbon), zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Troponina I półilościowo - kasetkowy szybki test półilościowy do oznaczania Troponiny I we krwi pełnej lub w surowicy |  | test | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Test kasetkowy do wykrycia antygenu Giardia Lamblia w kale z aplikatorem |  | test | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego giardia lamblia - antygen w kale |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego H.PYLORI AG w kale |  | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Test kasetkowy do wykrycia Clostridium difficile GDH w kale z aplikatorem |  | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Test kasetkowy do wykrycia Clostridium difficile toksyny A+B w kale z aplikatorem |  | szt. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego Clostridium difficile GDH w kale |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego Clostridium difficile Tox. A w kale |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego Clostridium difficile Tox. B w kale |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Test kasetkowy do wykrycia antygenu Campylobacter w kale z aplikatorem |  | test | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Kontrola pozytywna do testu kasetkowego Campylobacter w kale |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Wersenian tripotasowy K3 EDTA 15% |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Barwnik May - Grünwalda (max. wielkość op.  1 000 ml) |  | ml | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Barwnik Giemsy (max. Wielkość op. 500 ml) |  | ml | 1000 |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Odczynnik Rosina |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Barwnik do retykulocytów |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Płyn do liczenia trombocytów (krwinek płytkowych) met. komorową |  | ml | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Kwas trójchlorooctowy 5 % |  | ml | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Odczynnik Türka |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Kwas sulfosalicylowy (odcz. Mc Williama - do jakościowego wykrywania białka w moczu) |  | ml | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Odczynnik Ehrlicha |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Cytrynian sodowy 3.8% |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Olejek immersyjny o gęstości optycznej 1,515-1,517 |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | **------------------** |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty, za wyjątkiem pozycji 21 i 22.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 2 – Odczynniki do analizatora hematologicznego MYTHIC 18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Odczynnik roboczy (maks. wielkość opakowania 10 l) |  | litr | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odczynnik płucząco – myjący |  | litr | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Lizat bezcyjankowy |  | litr | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Płyn myjący |  | litr | 0,5 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | **-----------------** |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty, za wyjątkiem pozycji 1.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***