Załącznik nr 1 do zaproszenia nr 423/2024/GMT

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Jm | Ilość | Parametry techniczne oferowanych przez Wykonawcę materiałów lub potwierdzenie Wykonawcy, że oferowany asortyment spełnia / nie spełnia wymagania postawione przez Zamawiającego | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** |
| 1. | **Kasety/testy dedykowane do przenośnego urządzenia do detekcji narkotyków w ślinie Aquilascan WDTP-10**1.Kasety/testy muszą wykrywać min. 6 grup narkotyków tj: amfetaminę i jej analogi, benzodiazepiny, kokainę, metaamfetaminę, opiaty, THC.2.Kasety/testy powinny charakteryzować się: łatwością obsługi, posiadać kontrolę wskazującą odpowiednią ilość próbki śliny.3.Kasety/testy muszą być opakowane pojedynczo i posiadać widoczne i czytelne oznaczenia na opakowaniu: nazwę urządzenia, datę ważności, numer serii.4.Opakowanie kasety/testu winno zabezpieczać przed zniszczeniem kasety/testu lub dostaniem się substancji, które mogłyby zafałszować wynik badania.5.Opakowanie kasety/testu powinno zapewnić ponowne włożenie do opakowania zużytej kasety/testu i jej zabezpieczenie (zamknięcie np. taśmą klejącą lub strunową).6.Do pobranych próbek śliny nie mogą być dodawane jakiekolwiek substancje, poza znajdującymi się w zestawie urządzenia do oznaczania metodą immunologiczną środków działających podobnie do alkoholu.7.Oferowane artykuły winne być zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie.8. Okres ważności kasety/testu: min. 12 miesięcy od daty dostawy.9.Do każdej kasety/testu musi być dołączona instrukcja obsługi w j.polskim. | **Szt.** | **300** | **..................................................................wpisać nazwę producenta, model, typ****oraz potwierdzenie czy spełnia/nie spełnia wymagania postawione przez Zamawiającego** |  |  |  |

 …………………………………………………………………………

 (pieczątka i podpis Dostawcy)