**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Załącznik nr 1 do Umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** | | | | | | | | | **L.p.** | **Nazwa badania** | **Ilość** | **JM** | **Cena netto /zł/** | **Wartość netto /zł/** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto /zł/** | |  | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  | | **BADANIA KOAGULOLOGICZNE**  **Wymagania:**  **1. Badania będą przeprowadzone metodą fotooptyczną w próbkach osocza oznaczonych nr donacji.**  **2. Badania muszą być wykonywane przez ośrodki zlokalizowane w pobliżu jednostek zlecających, najszybciej jak to możliwe po otrzymaniu próbek.**  **3. Nie dopuszcza się możliwości zamrożenia materiału i wykonania oznaczenia w późniejszym terminie.**  **4. Badania będą wykonywane zgodnie z ustalonymi procedurami i zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej (GLP).**  **5. Podstawą do wykonania badania będzie pisemne zlecenie.**  **6. Świadczone usługi będą wykonywane przez osoby posiadające stosowne uprawnienia i kwalifikacje.**  **7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli u Przyjmującego zamówienie w zakresie zgodności realizacji z zasadami GLP.**  **8. Dodatkowa informacja : Badania muszą być wykonywane przez ośrodki posiadające zezwolenie GIF.** | | | | | | | |  | | **Badania koagulologiczne dla potrzeb Terenowej Stacji WCKiK w Gdańsku** | | | | | | | |  | | 1. | Oznaczenie aktywności F VIII w osoczu | 130 | badanie |  |  | zw. |  |  | | **Wartość ogółem:** | | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | ……………………………………………… (data i podpis Oferenta) |
| ………………………………………………   (data i podpis Oferenta) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |