**PAKIET NR 1-** *Oznaczanie wrażliwości bakterii na antybiotyki metodami manualnymi wraz z dzierżawą dyspenserów*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk****z 1****opakowaniu** | ***Cena jednostkowa netto 1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Krążki antybiotykowe do oznaczania lekowrażliowości bakterii. Opakowanie - 1 fiolka po 50 szt. |  | 180.000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Paski z gradientem stężenia antybiotyku do oznaczania wartości MIC leku oraz do oznaczania mechanizmów oporności typu ESBL, MBL, GDROpakowanie do 30 szt.Paski z gradientem stężenia antybiotyku do oznaczania wartości MICOpakowanie do 30 szt. |  | 2.500 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Płytka z Mueller Hinton II agar Opakowanie zbiorcze do 100 szt. po 10 szt. w foli/celofan |  | 30.000 | . |  |  |  |  |  |
| 4. | Płytka z Mueller-Hinton z 5% krwią końską i 20mg/l NAD agarOpakowanie zbiorcze do 20 szt. po 10 szt. w foli/celofan |  | 3. 000 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Dzierżawa dyspenserów  |  | 3 sztuki |  | 36 miesięcy |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych do Załącznika 1 (Pakiet nr 1)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Krążek antybiotykowy z niezmiennym symbolem przez czas trwania umowySymbol antybiotyku i jego stężenie w µg drukowany po obu stronach krążka | Tak | XXX |
| 2.  | Krążki konfekcjonowane w fiolce z etykietą. Fiolka pakowana indywidualnie z pochłaniaczem wilgoci w opakowaniu typu blistr  | Tak | XXX |
| 3. | Fiolki z krążkami konfekcjonowane w kartonowym opakowaniu zbiorczym, z nadrukiem na rancie, zawierającym informacje: nazwa antybiotyku, symbol i stężenie antybiotyku, data ważności i numer serii. | Tak | XXX |
| 4. | Etykieta na fiolce z krążkami czytelna, nieścieralna z: nazwą antybiotyku, symbolem i stężeniem antybiotyku, datą ważności i numerem serii | Tak | XXX |
| 5. | Krążki przechowywane w temperaturze od +2ºC do +8ºC;  | Tak | XXX |
| 6. | Termin ważności krążków minimum 9 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 7. | Certyfikat końcowej kontroli jakości danej serii krążków, płytek i pasków udostępniony.Podać adres strony internetowej. | Podać | ……………………………………. |
| 8. | Produkty pochodzące od jednego producenta dotyczy pozycji 1, 3, 4, 5 | Tak | XXX |
| 9. | Wykonawca zapewnia możliwość zakupu 1 fiolki krążków w danym asortymencie. | Tak | XXX |
| 10. | Wykonawca zapewnia możliwość zakupu pasków z gradientem stężenia wg potrzeb zamawiającego w opakowaniach zawierających do 30 sztuk pasków jednego rodzaju, dotyczy wyboru: ampicylina, penicylina, cefotaksym, ceftazydym, ceftriakson, imipenem, meropenem, teikoplanina, tobramycyna , wankomycyna | Tak | XXX |
| 11. | Regulacja stopki dyspensera w zależności do wysokości agaru na płytce | Tak | XXX |
| 12. | Dyspenser kompatybilny z oferowanymi fiolkami z krążkami z pozycji nr 1 tabeli ofertowej | Tak | XXX |
| 13. | Płytka z Mueller Hinton agar i Mueller Hinton z 5% odwłóknioną krwią końską i 20 mg/l NAD agar zwalidowane do oznaczania lekowrażliwości bakterii metodą dyfuzyjno-krążkową i metodą paska z gradientem stężenia antybiotyku | Tak | XXX |
| 14. | Płytki zabezpieczone podczas transportu w odpowiednie warunki temperaturowe. | Tak | XXX |
| 15. | Płytki w opakowaniu z folii/celofanu zabezpieczającej przed wysychaniem | Tak | XXX |
| 16. | Opakowanie folia/celofan z płytkami zawiera etykietę z: nazwą podłoża, numerem katalogowym, datą ważności, numerem serii*.* | Tak | XXX |
| 17. | Część płytki Petriego z agarem z nazwą podłoża, numerem serii i datą ważności Płytki nieopisane na wieczku tj. część płytki bez agaru lub na bocznej powierzchni płytki | Tak | XXX |
| 18. | Termin ważności płytki z Mueller Hinton agar minimum **5** **tygodni** od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 19. | Termin ważności płytki z Mueller Hinton z 5% odwłóknioną krwią końską i 20 mg/l NAD agar minimum **3** tygodnie od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 20. | Krążki antybiotykowe oraz paski z gradientem stężenia z pozytywną opinią Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów w Warszawie lub równoważnej jednostki zagranicznej | Tak | XXX |
| 21. | Wykonawca zapewni krążki według aktualnych potrzeb zamawiającego, w pełnym asortymencie stężeń antybiotyków wymaganym aktualnymi zaleceniami EUCAST.  | Tak | XXX |
| 22. | Wykonawca zapewni paski z gradientem stężenia antybiotyku według aktualnych potrzeb zamawiającego, w pełnym asortymencie wymaganym aktualnymi zaleceniami EUCAST.  | tak | XXX  |
| 23. | Płytka z Mueller Hinton agar i z Mueller Hinton 5% odwłóknioną krwią końską i 20 mg/l NAD agar z pozytywną opinią Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów w Warszawie lub równoważnej jednostki zagranicznej.  | Tak | XXX |
| 24. | Gwarancja oferowanych dyspenserów na czas obowiązywania umowy | Tak | XXX |
| 25. | Pasek z symbolem antybiotykuPasek pakowany indywidualniePasek zawierającym minimum 20 wartości MIC. | Tak | XXX |
| 26. | Termin ważności pasków minimum rok od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 27. | Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |

**PAKIET NR 2** – *Podłoża stałe i płynne do diagnostyki mikrobiologicznej.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość szt.****w 1 opakowaniu** | ***Cena jednostkowa netto*** ***1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Podłoże Columbia + 5% krew baraniaOpakowanie zbiorcze do 100 szt. po 10 sztuk w foli/celofan |  | 35 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Podłoże Sabouraud z gentamycyną i chloramfenikolem |  | 10.000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Podłoże Chapmana do izolacji *Staphylococcus spp*. |  | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Podłoże z eskuliną i azydkiem sodu do izolacji *Enterococcus spp.* |  | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Podłoże Schaedlera z 5% krwią baranią z witaminą K |  | 3 300 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Podłoże czekoladowe z dodatkiem wielowitaminowym  |  | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Podłoże Columbia CNA + 5% krew barania do izolacji ziarenkowców Gram dodatnich Opakowanie zbiorcze do 100 szt. po 10 sztuk w foli/celofan |  | 12 000 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Podłoże Mac Conkey z fioletem krystalicznym |  | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Podłoże czekoladowe wybiórcze z bacytracyną i dodatkiem wielowitaminowym do izolacji *Haemophilus spp.* |  | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Podłoże tryptozowo-sojowe |  | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Podłoże chromogenne do skryningu i różnicowania *E.faecium* i *E.faecalis* opornych na wankomycynę (VRE) |  | 1 200 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Podłoże chromogenne do skryningu szczepów *Staphylococcus aureus* metycylinoopornych (MRSA) |  | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Podłoże chromogenne do skryningu i wstępnej identyfikacji bakterii wytwarzających karbapenemazy (CRE)  |  | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Podłoże chromogenne do skryningu i wstępnej identyfikacji bakterii wytwarzających beta-laktamazę o rozszerzonym spektrum substratowym typu ESBL |  | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Podłoże chromogenne do skryningu i wstępnej identyfikacji gatunków *Candida spp* |  | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Podłoże chromogenne do ilościowej oceny oraz różnicujące i wstępnie identyfikujące drobnoustroje z zakażeń dróg moczowych.Opakowanie zbiorcze do 100 szt. po 10 sztuk w foli  |  | 15 000 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Podłoże selektywne do izolacji *Burkholderia cepacia complex* z tikarciliną, polimyksyną B, solami żółci, fioletem krystalicznym  |  | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Bulion tryptozowo-sojowy |  | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Bulion mózgowo-sercowy |  | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Bulion Schaedlera z witaminą K z heminą  |  | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Płytka kontaktowa typu Rodac Trypton soya agar z disinhibitor  |  | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Podłoże Mueller-Hinton z kloksacykliną o stęż. 0,25 |  | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Podłoże Sabouraud Dextrose Agar |  | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Podłoża transportowo-wzrostowe z CLED i MacConkey agar do określenia liczby bakterii w moczu. Pojemnik zamykany na gwint, szczelnyPodłoże przechowywane w temperaturze pokojowej. Opakowanie zbiorcze do 20 sztuk |  | 2 000  |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Zestaw do pobierania i transportu próbki: wymaz z odbytu lub próbki kału:- probówka z podłożem płynnym Cary Blair; - wymazówka;- wykorzystanie do badań molekularnych |  | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych do Załącznika 1 (Pakiet nr 2)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Podłoże agarowe na płytce Petriego, płytka nieszklana, o średnicy 90mm- dotyczy pozycji od 1 do 17 i 22 – 23 | Tak | XXX |
| 2.  | Część płytki z agarem opisane nazwą podłoża, datą ważności, numerem serii.Płytki nieopisane na wieczku tj. część płytki bez agaru lub na bocznej powierzchni płytki z wyjątkiem pozycji 21 | Tak | XXX |
| 3. | Opakowanie celofanowo/foliowe z płytkami z widoczną etykietą z nazwą podłoża, numerem katalogowym podłoża, numerem serii, datą ważności | Tak | XXX |
| 4. | Wymagana intensywność zabarwienia i charakterystyczny wzrost kolonii po całonocnej inkubacji płytki chromogennej według metodyki, dotyczy pozycji od 11-16 | Tak | XXX |
| 5. | Płytki chromogenne do skryningu szczepów bezpośrednio z pobranego materiału, dotyczy pozycji 11-15 | Tak | XXX |
| 6. | Podłoże bulionowe w szklanej probówce z zakręcanym korkiem pojemność do 10 ml dotyczy pozycji 18-20.Opis podłoża czytelny, nadruk lub etykieta, z nazwą podłoża, datą ważności, numerem serii | Tak | XXX |
| 7. | Wymagany asortyment jednego producenta dotyczy pozycji 1- 20 z wyjątkiem pozycji 21 – 25 | Tak | XXX |
| 8. | Podłoża na płytkach zapakowane w celofan/folię zabezpieczającą przed wysychaniem  | Tak | XXX |
| 9. | Dostawca poddaje produkowane podłoża kontroli żyzności w laboratorium akredytowanym | Tak | XXX |
| 10. | Termin ważności podłoży od momentu dostarczenia do Zamawiającego; Dotyczy pozycji: 1 i 7 - minimum 4 tygodnie;Dotyczy pozycji: 18, 19, 20 - minimum 6 tygodni; Dotyczy pozycji: 24 – minimum 4 tygodni;~~Dotyczy pozycji: 26 – minimum 6 miesięcy;~~Pozostałe podłoża minimum 3 tygodnie; | Tak | XXX |
| 11. | Płytki zabezpieczone podczas transportu w odpowiednie warunki temperaturowe | Tak | XXX |
| 12.  | Certyfikat kontroli jakości dostarczanych podłoży z każdą partią zamawianego towaru udostępnionePodać adres strony internetowej. |  Podać  |  **………** |
| 13. | Dotyczy pozycji nr 16 - podłoże przejrzyste | Tak | XXX |
| 14. | Dostawca zapewnia dostawę podłóż co tydzień tj. 1 raz w tygodniu  | Tak | XXX |
| 15. | Opakowanie zbiorcze do 20 szt. po 10 sztuk w foli/celofan z wyjątkiem pozycji nr: 1, 7, 16, 18, 19, 20, | Tak | XXX |
| 16. | Podłoża dostarczone przerośnięte dostawca wymienia na własny koszt  | Tak | XXX |
| 17 | Dotyczy pozycji 17 - podłoże przejrzyste | Tak | XXX |
| 18.  | Termin dostawy do 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |
| 19. | Dotyczy pozycji nr 25 - opakowanie zbiorcze maksymalnie do 150 szt. | Tak | XXX |

**PAKIET NR 3** - *Krążki identyfikacyjne do diagnostyki mikrobiologicznej.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Krążek z bacytracyną a’0,04 do różnicowania *Streptococcus pyogenes* od *Streptococcus* beta hemolitycznych |  | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Krążek z czynnikiem V - krążek z NAD bądź wyciąg drożdżowy |  | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Krążek z czynnikiem X - krążek z hematyną bądź heminą |  | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Krążek z optochiną do różnicowania *Streptococcus pneumoniae* od paciorkowców alfa |  | 25 000 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Krążek do testu cefinazowego (β-laktamazy) u *Staphylococcus spp., Haemophilus spp.* |  | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Krążek z nowobiocyną do różnicowania *Staphylococcus saprophyticus* od *Staphylococc*us spp.  |  | 500  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Krążek z glukozą i błękitem bromotymolowym do różnicowania bakterii z rodzaju *Moraxella* od *Neisseria* |  | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Krążek z chlorkiem sodu i chlorkiem 2,3,5 trójfenylotetrazoliny do różnicowania *Enterococcus faecalis* od *Enterococcus faecium,* |  | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Krążek z furazolidonem do różnicowania *Staphylococcus* od *Micrococcus.* |  | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Pasek testowy do wykrywania bakteryjnej oksydazy cytochromowej |  | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Osocze królicze  |  | 4 500 ml |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Bulion Mueller-Hinton w probówkach do 10 ml |  | 1 500 ml |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Kwas fenyloboronowy 2 ml do oznaczania KPC - probówka; op. 1 szt. |  | 24 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Roztwór 0,5-molowy EDTA 2 ml do testu MBL - probówka; op. 1 szt. |  | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych do Załącznika 1 (Pakiet nr 3)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Krążki konfekcjonowane w fiolce dotyczy pozycji nr 2 – 4 Fiolka z krążkami pakowana indywidualnie z pochłaniaczem wilgoci w opakowaniu typu blistr. Symbol krążka drukowany po obu stronach na krążku | Tak | XXX |
| 2. | Krążki przechowywane w temperaturze od +2ºC do +8ºC  | Tak | XXX |
| 3. | Krążki równe, w całości przylegające do podłoża po ich nałożeniu  | Tak | XXX |
| 4. | Maksymalna ilości krążków w indywidualnym opakowaniu do 50 szt. | Tak | XXX |
| 5. | Termin ważności krążków: pozycja 1-9 minimum 8 miesiące; 5 – minimum 4 miesiące, 11 – minimum 5 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 6 | Osocze w fiolce w postaci liofilizowanej | Tak | XXX |
| 7 | Objętość upłynnionego osocza w jednej fiolce maksymalnie do 5 ml. | Tak | Podać………………………… objętość upłynnionego osocza |
| 8 | Odczyt testu osocza po 4 godzinach i po całonocnej inkubacji w temperaturze cieplarki | Tak | XXX |
| 9. | Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 4** - *Testy do wykrywania drobnoustrojów patogennych - metoda manualna.* |

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot oferty | ProducentKod katalogowyNazwa | Ilość badań | Ilość opakowań(a) | Ilość badańz 1opakowania | *Cena jednostkowa netto**1 opakowania**(b)* | Wartośćnetto(a x b =c) | PodatekVATw % | Wartość brutto (d) |
| 1 | Test lateksowy do wykrywania *Staphylococcus aureus*Opakowania do 100 oznaczeń. |  | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Test lateksowy do wykrywania paciorkowców beta-hemolitycznych Opakowania do 50 oznaczeń.  |  | 2.000 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Test lateksowy do wykrywania *Streptococcus pneumoniae* Opakowania do 60 oznaczeń. |  | 360 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Test immunochromatograficzny do wykrywania antygenów rotawirusów i adenowirusów w kale |  | 4000 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Test immunochromatograficzny do wykrywania karbapenemaz |  | 180 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Zestaw do identyfikacji bakterii wytwarzających karbapenemazy |  | 180 |  |  |  |  |  |  |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**do Załącznika 1 (Pakiet nr 4).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1 | Dotyczy pozycji 1 Test wykrywa: clumping factor, białko A oraz antygen powierzchniowy polisacharydowy *S.aureus* w postaci płynnego lateksu  | Tak | XXX |
| 2 | Dotyczy pozycji 2 - Test klasyfikuje paciorkowce beta - hemolityczne do grup: A,B, C, D, F G wg Lancefield. | Tak | XXX |
| 3 | Dotyczy pozycji 3 - Test w postaci suchego lateksu | Tak | XXX |
| 4 | Dotyczy pozycji 1 – 3 - Wymagany asortyment jednego producenta | Tak | XXX |
| 5 | Kontrola dodatnia w zestawie dotyczy pozycji 2 i 3 | Tak | XXX |
| 6 | Testy lateksowe z kartonikiem do przeprowadzenia badania w zestawie | Tak | XXX |
| 7 | Odczynnik lateksowy barwiony | Tak | XXX |
| 8 | Termin ważności – minimum 9 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| Dotyczy pozycji 4 |
| 9 | Test kasetkowy pakowany pojedynczo | Tak | XXX |
| 10 | Zestaw z buforem do przygotowania materiału gotowy do użycia | Tak | XXX |
| 11 | Zestaw z pipetką do nakrapiania płynnej próbki kału | Tak | XXX |
| 12 | Test z pozytywną proceduralną kontrolą wewnętrzną  | Tak | XXX |
| 13 | Test przechowywany w zakresie temperatur 2 °C do 30°C | Tak | XXX |
| 14 | Odczyt wyniku max. 10 minut | Tak | XXX |
| 15 | Czułość testu > 95 % vs. metoda ELISA | Tak | Podać czułość testu dla poszczególnych antygenów……………………………………………………….. |
| 16 | Swoistość testu > 98 % vs. metoda ELISA | Tak | Podać swoistość testu dla poszczególnych antygenów………………………………………………… |
| 17. | Próbki przechowywane do 48 h w zakresie temperatur 2°C -8°C | Tak | XXX |
| 18. | Termin ważności minimum 10 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| Dotyczy pozycji 5 |
| 19. | Test wykrywa karbapenemazy typu OXA-48, KPC, NDM, VIM, IMP  | Tak | Podać typ wykrywanych karbapenemaz……………………………………………….. |
| 20.  | Wynik testu po 30 min. od nastawienia testu | Tak | XXX |
| 21. | Test wykrywa i identyfikuje karbapenemazy w szczepie bakteryjnym pałeczek *Enterobacterales*, *Pseudomonas sp*. i *Acinetobacter sp.* | Tak  | XXX |
| Dotyczy pozycji 6 |
| 22. | Test probówkowy kolorymetryczny typu Carba | Tak | XXX |
| 23.  | Odczyt wizualny zmiany zabarwienia w probówce | Tak | XXX |
| 24. | Odczyt do 4 godzin | Tak | XXX |

**PAKIET NR 5** - *Testy do wykrywania norowirusów - metoda manualna.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot oferty | ProducentKod katalogowyNazwa | Ilość badań | Ilość opakowań(a) | Ilość badańz 1opakowania | *Cena jednostkowa netto* *1 opakowania**(b)* | Wartośćnetto(a x b =c) | PodatekVATw % | Wartość brutto(d) |
| 1. | Test immunochromatograficzny do wykrywania antygenów norowirusów w kale |  | 4.000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych* *(Pakiet nr 5)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą******Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| *1.* | *Test wykrywający antygeny Norowirusa genotypy I i II w ludzkim kale*  | *Tak* | *XXX* |
| *2.* | *Test kasetkowy, pakowany pojedynczo* | *Tak* | *XXX* |
| *3.* | *Probówka z zatyczką z buforem do pojedynczego przygotowania materiał, gotowa do użycia* | *Tak* | *XXX* |
| *~~4~~* | *Pipetka do nakrapiania płynnej próbki kału* | *Tak* | *XXX* |
| *5.* | *Test z pozytywną proceduralną kontrolą wewnętrzną*  | *Tak* | *XXX* |
| *6* | *Test przechowywany w zakresie temperatur 2 °C do 30°C* | *Tak* | *XXX* |
| *7.* | *Odczyt wyniku max.10 minut*  | *Tak* | *XXX* |
| *8.* | *Czułość testu dla Norowirusów zarówno dla GI/GII > 97 %*  | *Tak* | *Podać…..* *(czułość testu)* |
| *9.* | *Swoistość testu dla Norowirusów zarówno dla GI/GII > 98 %* | *Tak* | *Podać……* *(swoistość testu)* |
| *10.* | *Próbki przechowywane do 48 h w zakresie temperatur 2°C -8°C* | *Tak* | *XXX* |
| *11.* | *Termin ważności minimum 6 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego* | *Tak* | *XXX* |

**PAKIET NR 6** - *Test do oznaczania lekowrażliwości grzybów, metoda manualna.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Test do oznaczania lekowrażliwości drożdży z rodzaju *Candida*, *Crytpococcus* oraz grzybów z rodzaju *Aspergillus* 1.Opakowanie zbiorcze do 10 szt. |  | **150** |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Bulion do inokulacji testu z pkt.1 |  | **150** |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Sterylna woda destylowana do testu z pkt. 1Wykonawca określi ilość wody potrzebną do wykonania testów |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

1. W przypadku zaoferowania testu, do którego wykonania niezbędne jest użycie dodatkowych odczynników o różnych numerach katalogowych, Wykonawca dostosuje

odpowiednio formularz asortymenowo-cenowy w celu wyceny poszczególnych pozycji do realizacji zamówień

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do Załącznika 1 (Pakiet nr 6)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Wynik w kategorii wartości MIC dla poszczególnych mykotyków: amfoterycyny, anidulafunginy, caspofunginy, mykafunginy, flukonazolu, worikonazolu, 5-fluorocytozyny, itrakonazolu, posakonazolu. | Tak | XXX |
| 2.  | Oznaczenie metodą mikrorozcieńczeń w bulionie na płytce, minimum 6 wartości MIC leku w postępie geometrycznym | Tak | XXX |
| 3. | Test kolorymetryczny, odczyt wizualny | Tak | XXX |
| 4. | Test pakowany indywidualnie | Tak | XXX |
| 5. | Termin ważność testu minimum 4 miesiące od daty dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |

**PAKIET NR 7** - *Test do wykrywania antygenu dehydrogenazy glutaminianowej oraz toksyny A i B Clostridioides difficile w kale.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk****w 1****opakowaniu** | ***Cena netto*** ***1 opakowania*****(b)** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Test immunoenzymatyczny do wykrywania antygenu dehydrogenazy glutaminianowej oraz toksyny A i B *Clostridioides difficile* w kale. Wielkość opakowania 25 szt. |  | 1 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Probówki PS z korkiem o poj. 10ml okrągłodenne, **sterylne**, przeźroczyste o wymiarze 16 x100 mm |  | 60 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do Załącznika 1 (Pakiet nr 7).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Test wykrywa równocześnie antygen dehydrogenazę glutaminianową oraz toksyny A i B  | Tak  | XXX |
| 2.  | Test z pozytywną kontrolą zewnętrzna, odczynnik w postaci roztworu | Tak | XXX |
| 3. | Test z pozytywną proceduralną kontrolą wewnętrzną | Tak | XXX |
| 4. | Odczyt wyniku do 30 minut | Tak | XXX |
| 5. | Kał przechowywany od pobrania do czasu wykonania badania w zakresie temperatur 2-8ºC do 24 h  | Tak | Podać warunki przechowywania materiału do czasu wykonania badania……………………….. |
| 6. | Test z jednym miejscem dozowania próbki badanej | Tak | XXX |
| 7. | Test ze skalowaną pipetką do pobierania materiału płynnego | Tak | XXX |
| 8. | Termin ważności minimum 6 miesięcy od momentu dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |
| 9. | Test z poziomem detekcji toksyny B na poziomie ≥ 0,16 ng/ml i dehydrogenazy glutaminianową na poziomie ≥ 0,8 ng/ml | Tak | Podać poziomy wykrywalności poszczególnych parametrów……………………………………………. |
| 10. | Zestaw odczynników zawierający odczynnik typu koniugat | Tak | XXX |
| 11. | Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |

**PAKIET NR 8** - *Generator atmosfery do hodowli bakterii beztlenowych*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość szt.** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk****w 1****opakowaniu** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto****(d)** |
| 1 | Zestaw do wytworzenia atmosfery do hodowli bakterii beztlenowych- redukcja tlenu poniżej 1 %- reakcja bez wody i katalizatora- torebka przezroczysta do 4 płytek- termin ważności minimum 12 miesięcy |  | 2 000 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Klipsy do torebek |  | 30 szt. |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Wskaźnik kontroli warunków hodowli bakterii beztlenowych.Wskaźnik umieszczany w torebce pozycja nr 1. |  | 2 000 szt. |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 9** - *Worki do sterylizacji.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość szt.** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk w 1****opakowaniu** | ***Cena jednostkowa netto******1 op.******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto****(d)** |
| 1. | Worki z PP do utylizowania odpadów w autoklawach do temperatury minimum 134 ºC, z napisem BIOHAZARD o grubości minimum 140 µm i wymiarach minimum 620 x 780 mm |  | 1 400 szt. |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 10** - *Barwienie metodą Grama – metoda manualna.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot oferty | ProducentKod katalogowyNazwa | Ilość – litrów | Ilość opakowań(a) | Ilość badańz 1opakowania | *Cena jednostkowa netto**(b)* | Wartośćnetto(a x b =c) | PodatekVATw % | Wartość brutto (d) |
| 1 | Fiolet krystaliczny Opakowanie 1 litr |  | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płyn Lugola Opakowanie 1 litr |  | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | SafraninaOpakowanie 1 litr |  | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | OdbarwiaczOpakowanie 1 litr |  | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 5.. | Zestaw startowy: fiolet krystaliczny, płyn Lugola, safranina, odbarwiacz - 4 x 200-250 ml  |  | **X** | 2 |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do Załącznika 1 (Pakiet nr 10)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Odczynniki gotowe do użycia | Tak | XXX |
| 2.  | Odczynniki przechowywane w temperaturze od 18 ºC – 25 ºC. | Tak | XXX |
| 3. | Odczynniki jednego producenta  | Tak | XXX |
| 4. | Termin ważności od momentu dostarczenia do Zamawiającego 12 miesięcy  | Tak | XXX |
| 5. | Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |
| 6.  | Dostarczenie w wersji elektronicznej po zawarciu umowy, aktualnych kart charakterystyk substancji niebezpiecznych. | Tak | XXX |

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 11** – *Ezy mikrobiologiczne* Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa  |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość sztuk** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk****w 1****opakowaniu** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Eza sterylna o objętości 10 µl  |  | 360 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Eza sterylna o objętości 1 µl  |  | 20 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do Załącznika 1 (Pakiet nr 11).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Eza ze świadectwem kalibracji  | Tak | XXX |
| 2.  | Eza elastyczna i oczko ezy gładkie umożliwiające rozprowadzenie materiału bez niszczeniapowierzchni podłoża | Tak | XXX |
| 3. | Opakowanie foliowe lub foliowo-papierowe | Tak | XXX |
| 4. | Opakowanie do 20 sztuk | Tak | Podać…………………( ilość ez w opakowaniu ) |
| 5. | Termin dostawy do 7 dni roboczych od daty złożenia zamówienia  | Tak | XXX |

|  |
| --- |
| **PAKIET NR 12** - *Testy antygenowe* Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa  |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość sztuk w 1 opakowaniu.** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Testy kasetkowe antygenowe typu COMBO do wykrywania SARS-CoV-19/ grypyA; B/ RSV |  | 19 000 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Testy kasetkowe antygenowe do wykrywania Streptococcus gr A |  | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

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

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do pakietu nr 12.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| **Dotyczy pozycji 1.** |
| 1. | Czułość testu > 94,83% | Podać | Podać czułość oferowanego testu ……………… |
| 2. | Specyficzność testu: minimum 97,8% | Podać | Podać specyficzność oferowanego testu………….. |
| 3. | Miejsce pobrania wymazu - nos/ nosogardło | Tak | XXX |
| 4. | Każdy zestaw kompletny - zawiera odczynniki niezbędne do wykonania testu | Tak | XXX |
| 5. | Opakowanie zbiorcze maksymalnie do 25 sztuk  | Tak | XXX |
| **Dotyczy pozycji 2.** |
| 1.  | Czułość testu >97% | Tak | Podać czułość oferowanego testu ……………… |
| 2. | Specyficzność testu: minimum 95% | Tak | Podać specyficzność oferowanego testu………….. |
| 3. | Miejsce pobrania wymazu – gardło | Tak | XXX |

**PAKIET NR 13** – *Odczynniki chemiczne*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość opakowań****(a)** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Benzyna apteczna ekstrakcyjna op. 100 ml |  | 2 000 |  |  |  |  |
| 2. | Formaldehyd 4% buforowany buforem fosforanowym zgodnie z wytycznymi PTP op. 1000 ml roztwór |  | 600 |  |  |  |  |
| 3. | Formaldehyd 10% buforowany buforem fosforanowym zgodnie z wytycznymi PTP op. 1000 ml roztwór |  | 20 |  |  |  |  |
|  | **Wartość nettto\*****zamówienia****(ogółem)** | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | **... zł** |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 14** - *Odczynniki chemiczne dla pracowni patomorfologii*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo - cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość litrów****(a)** | ***Ilość opakowań*** | ***Cena jednostkowa netto*** ***1 opakowania (b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Ksylen czda maksymalne op-5litrów |  | 300 litrów |  |  |  |  |  |
| 2. | Alkohol etylowy 99,9% maksymalne op. – 5 litrów |  | 550 litrów |  |  |  |  |  |
| 3. | Hematoksylina wg Harrisa op-1000 ml |  | 5 litrów |  |  |  |  |  |
| 4. | Eozyna Y 1% roztwór wodny op-1000 ml |  | 4 litry |  |  |  |  |  |
| 5. | Hematoksylina wg Mayera op-1000 ml |  | 3 litry |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | **... zł** |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 15**– Pozostały asortyment dla pracowni patomorfologii

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość** **(a)** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Parafina histologiczna typu Pathowax Plus lub równoważna o poniższych parametrach:

|  |
| --- |
| - temp. topnienia 56-58°C- w formie łusek z dodatkiem 0,8% DMSO- do infiltracji i zatapiania materiału metodami manualnymi i w urządzeniach zatapiających;- maksymalna wielkość opakowania 10 kg. |
|

 |  | 400 kg |  |  |  |  |
| 2. | Preparat przeznaczony do zatapiania materiału tkankowego w trakcie badań śródoperacyjnych. - długa końcówka dozownika umożliwiająca łatwe dozowanie medium, - temperatura zamrażania poprawiająca przyczepność badanej próbki do podstawki mrożeniowej;-maksymalna wielkość opakowania – 100 ml; |  | 1 400 ml |  |  |  |  |
| 3. | Preparat (medium) przeznaczony do szybkiego schładzania materiału podczas skrawania- maksymalna wielkość opakowania 150ml |  | 900 ml |  |  |  |  |
| 4. | Żyletki mikrotomowedo skrawania rutynowego każdego rodzaju tkanek w bloczku parafinowym oraz większych biopsji.Kompatybilne z mikrotomem Leica RM2245 (własność Zamawiającego) op-50szt.Długość - 80mmWysokość - 14 mmKąt żyletki - 35°  |  | 2 000 szt. |  |  |  |  |
| 5. | Żyletki mikrotomowe do skrawania w kriostatach w celu uzyskania bardzo cienkich sekcji. Żyletki wykonane ze stali węglowej (zamawiający dopuszcza wykonane ze stali nierdzewnej w technologii plazmowej)Kompatybilne z **kriostatem** Leica RM2245 (własność Zamawiającego) op-20szt.Długość - 80mmWysokość - 8 mm;Kąt żyletki - 35° |  | 120 szt. |  |  |  |  |
| Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
| **... zł** |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 16** – Pozostały asortyment dla pracowni patomorfologii

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość opakowań** **(a)** | ***Cena jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | **Wartość****netto****(a x b =c)** | **Podatek****VAT****w %** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1 | Szkiełka typu Super Frost plus o wymiarach **25x75x1 mm** (op-72 szt.)Przejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser |  | 100 op. |  |  |  |  |
| 2 | Szkiełka podstawowe typu Super Frost z białym/ czerwonym /niebieskim **(do wyboru)** polem do opisu o wymiarach **25x75x1 mm** o szlifowanych krawędziach(op.- 50szt.)Przejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser. |  | 200 op. |  |  |  |  |
| 3 | Szkiełka nakrywkowe 24x60 mm (op-100szt.)Przejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser |  | 200 op. |  |  |  |  |
| 4 | Szkiełka nakrywkowe 24x24 mm (op-100szt.)Przejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser  |  | 300 op. |  |  |  |  |
| 5 | Szkiełka podstawowe o wymiarach minimum **76x26x1mm** (zamawiający dopuszcza 75x25x1mm) cięte krawędzie bez pola do opisuPrzejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser ( op-50szt.) |  | 200 op. |  |  |  |  |
| 6 | Szkiełka podstawowe z matowym polem do opisu o wymiarach **76x26x1mm**Przejrzystość i jakość szkiełek Menzel Glaser ( op-50 szt.) |  | 400 op. |  |  |  |  |
| Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
| **... zł** |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 17**

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | ***Producent******Kod katalogowy******Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań******(a)*** | ***Ilość sztuk******w 1******opakowaniu*** | ***Kwota jednostkowa netto******1 opakowania***  | ***Cena jednostkowa brutto******1 opakowania***  | ***Wartość******netto******(a x b =c)*** | ***Podatek******VAT******w %*** | ***Wartość brutto******(d)*** |
| 1. | Pojemniki histopatologiczne na wycinki o pojemności do 60 ml z roztworem formaliny |  | 1 000 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  |  | ... zł |  | **... zł** |

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

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do pakietu nr 17.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane 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 NR 18** - Testy do oznaczania aldolazy–okres 24 miesięcy;

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | ***Producent******Kod katalogowy******Nazwa*** | ***Ilość oznaczeń*** | ***Ilość opakowań******(a)*** | ***Ilość badań******z 1******opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto******1 opakowania*** | ***Wartość******netto******(a x b =c)*** | ***Podatek******VAT******w %*** | ***Wartość brutto******(d)*** |
| 1 | Aldolaza - odczynniki / zestaw |  |  480 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibrator do aldolazy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Surowica kontrolna do aldolazy norma |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Surowica kontrolna do aldolazy patologia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  |  | ... zł |  | **... zł** |

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

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do pakietu nr 18.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą******Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| 1. | Odczynniki do ilościowego oznaczania aktywności aldolazy w surowicy krwi, do odczytu na spektrofotometrze ( 340nm, kuweta 1cm) | Tak | XXX |
| 2.  | Zasada metody oparta na reakcji przemiany fruktozo-1,6-dwufosforanu do aldehydu 3-fosforoglicerynowego i fosforanu dwuhydroksyacetonu. | Tak | XXX |
| 3. | Należy zaoferować ilość zestawów odczynników, kalibratorów i kontroli, które zapewnią wykonanie **480 oznaczeń**, przy założeniu wykonywania badania z częstotliwością 1x na 2 tygodnie i kontroli parametru na dwóch poziomach: fizjologicznym lub patologicznym przy każdej serii oznaczeń tj. 1x na 2 tygodnie | Tak | XXX |

**PAKIET NR 19**

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość**  | **j.m.** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość oferowanych opakowań** | **Cena netto op.** | **VAT%** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa oferowanego produktu,****Numer katalogowy produktu****Nazwa producenta** |
| 1 | Test immunochromatograficzny do wykrywania krwi utajonej w kale. - czułość testu - mniejsze lub równe **10 ng/ml**;- test zawiera kasetkę, bufor ekstrakcyjny i kontrolę pozytywną;-test nie wymagający stosowania od pacjenta specjalnej diety | 720 | ozn. |   |  |   |   |   |   |   |
| 2 | Test ciążowy immunochromatograficzny do wykrywania HCG w moczu - test kasetkowy, pakowany pojedynczo- czułość testu – **10 IU/l**;- odczyt wyniku max. do 10 min.- przechowywanie próbek moczu do 48 h  w temp. 2 do 8°C- test w foliowym opakowaniu z pipetką i środkiem osuszającym; | 900 | ozn. |   |  |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  | **SUMA:** |   |   |  |

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

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do pakietu nr 19.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Termin ważności testów minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego; | Tak | XXX |
| 2. | ~~Dotyczy poz. 2 Zaoferowanie kontroli moczu pozytywnej i negatywnej.~~~~Częstotliwość wykonywania kontroli naprzemiennie 2 x w tygodniu~~ | ~~Tak~~ | ~~XXX~~ |

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

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 20**

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Ilość**  | **j.m.** | **Wielkość oferowanego opakowania** | **Ilość oferowanych opakowań** | **Cena netto op.** | **VAT%** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Nazwa oferowanego produktu****Nazwa producenta****Numer katalogowy produktu** |
| 1 | Test płytkowy do wykrywania w moczu:- barbituranów (cut-off 300ng/ml)- benzodiazepin (cut-off 300ng/ml)- amfetaminy (cut-off 500 ng/ml)- COC (cut-off 300 ng/ml)- morfiny (cut-off 300 ng/ml)- THC (cut-off 50ng/ml)Dopuszczamy testy, które oprócz podanych, wymaganych środków uzależniających, są rozbudowane o inne, nieujęte w opisie |  2 000 | ozn. |  |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  | **SUMA:** |   |   |  |

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

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / graniczny do pakietu nr 20.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Testy immunochromatograficzne jakościowe do wykrywania środków uzależniających w ludzkim moczu. | Tak | XXX |
| 2.  | W skład zestawu wchodzi test płytkowy w foliowym opakowaniu ze środkiem osuszającym | Tak | XXX |
| 3. | ~~Kontrola pozytywna i negatywna do zaoferowanego testu.~~~~Częstotliwość wykonywania kontroli – min. 1x / 1 op.~~ | ~~Tak~~ | ~~Podać rodzaj oferowanej kontroli………~~ |

**PAKIET NR 21** - *Drobny laboratoryjny sprzęt jednorazowy*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Przedmiot oferty** | **Ilość**  | **j.m.** | ***Nazwa producenta,*****Nazwa oferowanego produktu*****Numer katalogowy produktu ( jeżeli Wykonawca posiada)***  | ***Wielkość oferowanego opakowania*** | **Ilość oferowanych opakowań/**  | ***Cena netto 1 opakowania*** | ***Cena brutto 1 kowania*** | **Podatek** **VATw %** | ***Wartość netto zamówienia*** | ***Wartość brutto zamówienia*** |
| 1. | Pojemniki do moczu z PP o poj.100-125ml, z zakrętką w kolorze innym niż pojemniki w pkt.2 - podać kolor, maksymalnie w kartonie 500szt. | 100 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pojemniki do moczu z PP o poj.100-125ml,z zakrętką w kolorze innym niż pojemniki w pkt.1 - **podać kolor**, sterylne, pakowane indywidualnie, z numerem LOT i datą ważności, maksymalnie w kartonie 500szt. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Pojemniki do kału, pojemność 20-30ml, z łopatką, maksymalnie w opakowaniu 500szt. | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Pojemnik do dobowej zbiórki moczu o pojemności 2000-2500ml, z podziałką, zakręcany, odporny na używane środki konserwujące np. 5N HCL | 2 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pipeta Pasteura niesterylna z polietylenu o poj. 1ml | 60 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Probówki okrągłodenne z PS o poj. 3ml i wymiarach **11-11,5mm** x 55mm, bez kołnierza, gładkie ścianki (bez znaczników) | 80 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Korki **ze skrzydełkami** pasujące do probówek o średnicy 11-11,5 mm z pozycji 6. | 80 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Probówki wirówkowe (stożkowe) z PS, o poj. 10-11 ml, z podziałką. Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100mm | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Probówki z PP o poj.10-11 ml, okrągłodenne,Wymiary: średnica 15-16mm, długość 100mm | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Korki uniwersalne do probówek o poj. 10-11 ml (średnica 15-16mm) pasujące do probówek z poz. 8 i 9  | 20 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Probówki typu „Eppendorf” o poj.1,5 ml, z korkiem i stożkowym dnem | 13 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Probówki z PS o poj. 7-8 ml, okrągłodenne, gładkie, bez napisów na dnie,Wymiary: średnica 12-13mm, długość 100mm | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Korki do probówek o poj. 7-8ml z poz. 13 | 12 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Kuwety PS makro o poj. 4 ml do Epolla 20 | 10 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Bagietki laboratoryjne plastikowe z PP lub PS o długości 12-14cm | 1 300 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Pojemnik histopatologiczny o poj. 200-250ml, zakręcany na gwint | 250  | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 500ml | 150 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 1000ml | 100 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 2000-2500ml | 20 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | Pojemnik histopatologiczny ze szczelnym zamknięciem o poj. 5000ml | 10 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | Końcówki do pipet automatycznych HTL, żółte - typu Gilson, poj. do 200 µl | 40 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | Końcówki do pipet automatycznych HTL, niebieskie – typu Eppendorf, poj. do 1000 µl | 15 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | Końcówki do pipet automatycznych HTL, bezbarwne/ białe poj. do 5000 µl | 6 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | Probówki do głębokiego mrożenia, o objętości pozwalającej na zamrożenie 1,8 ml płynu, z gwintem ~~zewnętrznym~~ i korkiem z wbudowaną uszczelką | 3 000 | szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | ... zł |  | **... zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PAKIET NR 22** - *Strzykawki do pobierania krwi tętniczej do pomiaru gazometrii i parametrów krytycznych do analizatorów ABL 835 Flex, ABL 90 i ABL 80 użytkowanych przez Zamawiającego.* –okres 24 miesięcy;

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | ***Producent******Kod katalogowy******Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań******(a)*** | ***Ilość badań******z 1******opakowania*** | ***Kwota jednostkowa netto******1 opakowania******(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto******1 opakowania***  | ***VAT %***  | ***Wartość brutto******(d)*** |
|  | Strzykawki do pobierania krwi tętniczej i żylnej do analizy gazometrii, oksymetrii, elektrolitów i metabolitówOpis poniżej tabela nr 2 |  | 40 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VATw % | **Wartość brutto\*****zamówienia****(ogółem)** |
|  | … zł |  | **… zł** |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

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

**Tabela nr 2:** Zestawienie parametrów wymaganych / granicznychdo pakietu nr 21- na **czas 24 m-cy.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane 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 użytkowanych przez Zamawiającego  | Tak | XXX |
| 4. | Strzykawki sterylne z nasadką pomagającą uszczelnić próbkę po pobraniu krwi, pojedynczo pakowane  |  Tak | XXX |

**PAKIET NR 23** - *Testy lateksowe.*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | **Ilość *Producent******Kod katalogowy******Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań******(a)*** | ***Ilość badań******z 1******opakowania*** | ***Kwota jednostkowa*** ***netto******1 opakowania******(b)*** | ***VAT %*** | ***Cena jednostkowa brutto******1 opakowania***  | ***Wartość netto*** | ***Wartość brutto******(d)*** |
| 1. | Test aglutynacji lateksowej do jakościowego i półilościowego wykrywania w surowicy przeciwciał przeciwjądrowych – przeciwko natywnemu DNA występującemu w SLE  | . | 2.000 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrąglona w górę do pełnego opakowania

**Tabela nr 2:** Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych do pakietu nr 23.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą****Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.** |
| 1. | Zestaw zawiera wszystkie odczynniki i akcesoria potrzebne do wykonania testu. Kontrola dodatnia i ujemna w zestawie. | Tak |  XXX |
| 2.  | Termin ważności zestawów odczynnikowych minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. | Tak | XXX |
| 3.  | Maksymalna wielkość opakowania 50 testów | Tak | Podać wielkość opakowania…….. |

**PAKIET NR 24** - *Odczynnik laboratoryjny - VMA*

Tabela nr 1: Tabela ofertowa, asortymentowo – cenowa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Przedmiot oferty*** | **Ilość *Producent******Kod katalogowy******Nazwa*** | ***Ilość badań*** | ***Ilość opakowań******(a)*** | ***Ilość badań******z 1******opakowania*** | ***Kwota jednostkowa******netto******1 opakowania******(b)*** | ***VAT %*** | ***Cena jednostkowa brutto******1 opakowania*** | ***Wartość netto*** | ***Wartość brutto******(d)*** |
| 1. | Zestaw do oznaczania kwasu wanilinomigdałowego (VMA) w moczu metodą opartą o test kolumnowy z żywicą jonowymienną i odczytem spektrofotometrycznym |  | **540 ozn.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma** |  |  |

**WARTOŚĆ NETTO ZAMÓWIENIA:……………………………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO ZAMÓWIENIA:………………………………………………………………………….**

Numer fax lub adres e-mail Wykonawcy, pod który( w przypadku wyboru oferty) Zamawiający będzie wysyłał pisemne zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrąglona w górę do pełnego opakowania

*Tabela nr 2: Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**do pakietu nr 24.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | ***Parametry wymagane /graniczne*** | ***Wymagana odpowiedź*** | ***Wykonawca poda wymagane informacje zgodnie z poniższą tabelą******Miejsca zaznaczone „xxx” Wykonawca nie wypełnia. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane dostawy spełniają wymagania dotyczące oferowanych dostaw, które zostały wskazane w miejscach „xxx”.*** |
| 1. | Zestaw zawiera wszystkie odczynniki konieczne do ilościowego oznaczania VMA włącznie z kalibratorem. | Tak | XXX |
| 2. | Możliwość przechowywania materiału do oznaczeń (moczu) minimum 2 tygodnie. | Tak | XXX |
| 3. | Liniowość testu min. 300mg/l | Tak | Podać liniowość oferowanego testu………… |
| 4. | Stabilność odczynników po otwarciu/przygotowaniu minimum 2 miesiące | Tak | XXX |