*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć*

**Zał. Nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy*: *…….………………………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy: …………….…………………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………*

*NIP/REGON: ………………………………………………………………………………………………………..*

*KRS (jeśli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………..*

*Numer faks: …………………………………………………………………………………………………………..*

*Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………...*

*Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail:*

*……………………………………………………………………………………………………………*

***Dostawa surowic kontrolnych do serologii ABO i Rh oraz szybkie testy diagnostyczne***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary szt.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość Netto** | **Wartość VAT** | **Wartość Brutto** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | Płyty serologiczne, białe, 8 wgłębień w rzędzie , rzędów 5 | 500 szt. |  |  |  |  |  |
| **2** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-A, klon 9113D10, 10 ml, o minimalnym mianie 1:256  | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **3** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-A, klon 11H5, 10 ml, o minimalnym mianie 1:256 | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **4** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-B, klon 9621A8, 10 ml, o minimalnym mianie 1:256 | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **5** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-B, klon B6F9, 10 ml, o minimalnym mianie 1:256 | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **6** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-D, klon RUM-1 , 10 ml, o minimalnym mianie 1:128 | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **7** | Surowice do oznaczenia grup Krwi ze znakiem CE:- anty-D, Blend (IgM, IgG, klony: TH-28/MS-26), 10 ml, o minimalnym mianie 1:128 | 25 szt. |  |  |  |  |  |
| **8** | FOB Test - Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania ludzkiej hemoglobiny w kale. Wielkość opakowania 25 testów, test kasetkowy. Czułość i swoistość co najmniej 97%. Cut-off: 40 ng/ml, Zestaw zawiera pojemniki – aplikatory z buforem ekstrakcyjnym do zbierania próbek. Bez konieczności diety. Zestaw zawiera kontrole płynne dodatnią i ujemną | 650 szt. |  |  |  |  |  |
| **9** | Syphilis Test - szybki, jakościowy, immunochromatograficzny test kasetkowy służący do wykrywania przeciwciał wklasie IgG i IgM skierowanych przeciwko Treponema pallidum w surowicy, osoczu lub krwi pełnej. Wielkość opakowania 50 testów. Czułość i swoistość co najmniej 99% | 250 szt. |  |  |  |  |  |
| **10** | Helicobacter pylori-Test kasetkowy do wykrywania przeciwciał skierowanych przeciwko Helicobacter pylori w surowicy i osoczu, w zestawie jednorazowe pipetki do dozowania surowicy, czułość co najmniej 93%, swoistość co najmniej : 97% - względem metody endoskopowej | 200 szt. |  |  |  |  |  |
| **11** | PBS - zbuforowany roztwór soli NaCl o niskiej sile jonowej - 500 ml | 50 szt.  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

*Do oferty należy dołączyć instrukcje testów, użycia odczynników, karty charakterystyki i certyfikaty kontroli jakości potwierdzające miano i stężenie surowic, krwinek.*

*Testy immunochromatograficzne pakowane indywidualnie w koperty foliowe umieszczone w zbiorczym opakowaniu.*

*Zestawy testów zawierają wszystkie niezbędne elementy do przeprowadzenia oznaczenia tj. fiolki z ekstraktem, probówki, pipetki, instrukcje użycia.*

***UWAGA: Przed rozstrzygnięciem przetargu wymagamy bezpłatne dostarczenie próbek kontraktowanego asortymentu z wymaganymi certyfikatami.***

*………………………… ………………………………………………….*

*Miejscowość, data Czytelny podpis osoby(osób)*

*upoważnionej(ych) do występowania w imieniu Wykonawcy*