**Załącznik nr 1 do SWZ
Nr postępowania: 295/2023/TP-1/DZP**

**FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /FORMULARZ CENOWY**

**Tytuł zamówienia:** „**Dostawa jednorazowa specjalistycznych odczynników chemicznych oraz sprzętu laboratoryjnego do jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie”.**

**Wykonawca wypełnia formularz w części/częściach, na które składa ofertę.**

**Część 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Odczynnik do kontroli hematologicznej do analizatora helmatologicznego(Limarco, MEK – 3 DN, bądź równoważny)  | 1 sztuka | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Krwinki wzorcowe, konserwowane zawieszone w PBS do oznaczania grup AB0(Hydrex, PBS-VERA 511, bądź równoważny) | 1 zestaw / 3x4 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik anty -D Blend(Hydrex, CED-MONO-BLEND-TH, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik anty -D RUM(Hydrex, CED-MONO-RUM, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik monoklonalny anty  ~~A~~ BIRMA -1(Hydrex, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik monoklonalny anty -A klon 9113D10(Hydrex, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik monoklonalny anty -B klon LB2(Hydrex, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik monoklonalny anty -B(Hydrex, bądź równoważny) | 1 sztuka / buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | ABL90 FLEX solution pack (odczynnik do aparatu, Radiometer, 944-157, bądź równoważny) | 1 opakowanie | 1 |  |  |  |
|  | SC90 300/30 BG/LYT/MET/OXI +QC(kaseta – odczynnik do aparatu, Radiometer, 946-005, bądź równoważny) | 1 opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 4:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Accucheck performa glukoza(ROCHE, 06454011057, bądź równoważny) | 1 opakowanie / 50 sztuk | 1 |  |  |  |
|  | Accutrend trójglicerydy(ROCHE, 11538144053, bądź równoważny) | 1 opakowanie / 25 sztuk | 2 |  |  |  |
|  | Accutrend cholesterol(ROCHE, 11418262012, bądź równoważny) | 1 opakowanie / 25 sztuk | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 5:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Paski do oznaczania PT(REDMED, bądź równoważny) | 1 opakowanie / 12 sztuk | 2 |  |  |  |
|  | Paski do oznaczania kwasu moczowego(REDMED, bądź równoważny) | 1 opakowanie / 25 sztuk | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 6:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Aparat do badania ogólnego moczu- czas analizy testu do 1 minuty,- automatyczna analiza po umieszczeniu paska testowego na stoliku testowym,- kontrola jakości przy każdym przeprowadzeniu testu,- wynik widoczny na wyświetlaczu i wydruku z wbudowanej drukarki termicznej. | 1 sztuka | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 7:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Helena Thromboplastin- Li(bądź równoważny) | 1 opakowanie / … sztuk | 1 |  |  |  |
|  | APTT- SIL MINUS(bądź równoważny) | 1 opakowanie / …. sztuk | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 8:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary / Pojemność opakowania** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| A | B | C | D | E | F | G=D\*F |
|  | Probówki morfologiczne, próżniowe, z K2EDTA, 2 ML, do próżniowego systemu pobierania krwi typu BD VACUTAINER(DIAG - MED, 367836, bądź równoważny) | 1 opakowanie = 50 sztuk | 1 |  |  |  |
|  | Probówki koagulologiczne, próżniowe, z 3,2% cytrynianem sodu, 2,7 ML, do próżniowego systemu pobierania krwi typu BD VACUTAINER(DIAG - MED, 363048, bądź równoważny) | 1 opakowanie = 50 sztuk | 1 |  |  |  |
|  | Probówki biochemiczne, próżniowe, z aktywatorem krzepnięcia, 4 ML, do próżniowego systemu pobierania krwi typu BD VACUTAINER(DIAG - MED, 369032, bądź równoważny) | 1 opakowanie = 50 sztuk | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

…………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**