|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Jednostka miary** | **Ilość (A)** | **Cena jednostkowa brutto (B)\*** | **Producent\*/****numer katalogowy\*/ nazwa na fakturze\*** | **Wartość brutto (AxB)\*** |
| **1.** | Test antygenowy w kierunku SARS-CoV-2 | szt. | 3000 |  |  |  |

 \*- wypełnia Wykonawca

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANY PARAMETR - NOSOGARDZIEL** |
| 1 | Test kasetkowy, z wykorzystaniem metody immunochromatograficznej. |
| 2 | Odczyt testu max. do 15 minut.Odczyt wyniku testu: wizualny, bez konieczności stosowania dodatkowych czytników. |
| 3 | Test przeznaczony do wykonywania badań w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, oraz w miejscu opieki nad pacjentem (test typu POCT) |
| 4 | Dla testu została przeprowadzona zewnętrzna ocena parametrów klinicznych dla osób bezobjawowych, znajdująca potwierdzenie w metodyce wykonania testu dla minimum 400 osób bezobjawowych |
| 5 | Skład zaoferowanego zestawu:1. Wymazówki przeznaczone do wykonywania wymazów z nosogardzieli (łamiące się w łatwy sposób, umożliwiające szybkie i bezpieczne umieszczenie wymazówki w probówce ekstrakcyjnej)
2. Dwustronnie zakręcane probówki ekstrakcyjne
3. Każde zaoferowane opakowanie testów musi zawierać statyw na probówki ekstrakcyjne
4. Bezpieczny etap nakrapiania ekstraktu na płytkę testową tzn. brak konieczności wyjmowania wymazówki z próbką z probówki ekstrakcyjnej
5. W każdym dostarczonym opakowaniu wymagany pozytywny i negatywny materiał kontrolny, w postaci gotowych do użycia wymazówek
 |
| 6 | Test spełnia aktualne wymagania refundacji przez NFZ |
| 7 | Czułość minimum 90%, swoistość minimum 97% wyznaczona dla minimum 400 próbek |
| 8 | Test posiadający rekomendację WHO oraz status EUL |
| 9 | Udokumentowany w metodyce brak reaktywności krzyżowej z koronawirusem HKU1 |
| 10 | Brak wpływu mutacji SARS-CoV-2 wariant Delta na wyniki testu  |
| 11 | Aktualną metodyka wykonania testu w j. polskim i angielskim (zgodna z publicznym raportem WHO EUL). |

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu .

 ……………………………………………………………

 ( podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy