Załącznik nr 2.8 KOSZTORYS OFERTOWY - **ZMIANA**

Część 8

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Asortyment | Ilość  (A) | Jedn. miary | Cena jedn. brutto\*  (B) | Wartość  brutto\*  (AxB) | Producent\*/  numer katalogowy\*/ nazwa na fakturze |
| 1 | Zestaw odczynników do permabilizacji błony komórkowej, takie jak IntraPrep Permeabilization Reagent, 150 Tests | 4 | op |  |  |  |
| 2 | CD2 PE, Clone 39C1.5, 100 tests, | 1 | op |  |  |  |
| 3 | CD7 PE-Cy7, Clone: 8H8.1, 100 tests, | 2 | op |  |  |  |
| 4 | CD64 PE, Clone 22,100 tests, | 4 | op |  |  |  |
| 5 | CD235a FITC, Clone: 11E4**B**-7-6, 100 tests, | 1 | op |  |  |  |
| 6 | CD235a PE, Clone 11E4B-7-6, 100 tests, | 1 | op |  |  |  |
| 7 | CD19 APC, Clone J3-119, 100 tests, | 4 | op |  |  |  |
| 8 | CD19 PE-Cy7, Clone J3-119, 100 tests | 6 | op |  |  |  |
| 9 | ZAP-70 PE, Clone: SBZAP, 50 tests, | 4 | op |  |  |  |
| *RAZEM* | | | | |  |  |

*\*Wypełnia Wykonawca*

**Zamawiający wymaga aby oferowany asortyment był kompatybilny z cytometrem przepływowym FACSLyric.**

……………………………………………

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

*UWAGA: W sytuacji, gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości zapotrzebowanych odczynników z uwagi na sposób ich konfekcjonowania u wykonawców, Zamawiający dopuszcza modyfikację ich ilości przy zastosowaniu zasady zaokrąglenia w górę, tj. kalkulacji takiej ilości sztuk (opakowań), którą zamawiający będzie musiał zakupić, aby zostało zrealizowane jego zapotrzebowanie, przy założeniu pewnej nadwyżki odczynników.*

*-Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć* ***świadectwo jakości*** *dla danej partii odczynników przy każdorazowej dostawie wyżej wymienionego asortymentu.*

*-Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć* ***kartę charakterystyki*** *do każdego z wyżej wymienionych odczynników wraz z pierwszą dostawą.*