**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Formularz asortymentowo-cenowy na odczynniki immunodiagnostyczne wraz z dzierżawą analizatora na 36 miesięcy**

***Odczynniki***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Producent  i nr kat.** | **Ilość ozn. na  36 m-cy** | **Wielkość opakowania** | **Ilość op.** | **Cena 1 op. netto** | **Wartość netto** | **StawkaVat %** | **Wartość brutto** |
|
| 1 | **FT3** |  | 14 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **FT4** |  | 21 600 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **TSH** |  | 52 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Anty TPO** |  | 3 060 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Anty-TG** |  | 2 700 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **Total PSA** |  | 16 200 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **Wolny PSA** |  | 3 600 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **Witamina D 25(OH) total** |  | 14 400 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **Witamina B 12** |  | 14 400 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **Kwas foliowy** |  | 10 800 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | **Ferrytyna** |  | 10 800 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **Antygen Hbs** |  | 2 880 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | **P-ciała anty-Hbs** |  | 1 440 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | **P-ciała anty- HCV** |  | 3 600 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | **P-ciała anty-HIV1/2 p24** |  | 2 340 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | **Insulina** |  | 3 240 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | **NT-pro BNP/ BNP** |  | 1 800 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | **Kortyzol** |  | 1 800 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | **Prolaktyna** |  | 1 800 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | **Anty CCP** |  | 6 120 |  |  |  |  |  |  |
| 21 | **Testosteron** |  | 1 800 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kalibratory** |  | wg metodyki |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kontrole** |  | harmonogram |  |  |  |  |  |  |
|  | **Materiały zużywalne** |  | wg potrzeb |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Dzierżawa analizatora na 36 miesięcy***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Czynsz** | **Wartość netto**  **miesięcznie** | **Wartość netto za cały okres obowiązywania umowy  (36 miesięcy)** | **Stawka VAT  %** | **Wartość brutto za cały okres obowiązywania umowy  (36 miesięcy)** |
| 1 | Czynsz dzierżawy za analizator:  Nazwa: …………..…………………………………………..  Model aparatu: ………………………………………………  Producent/Firma/Kraj: ………………………………………  ……………………………………………………………….  Rok produkcji: ……………………………………………… |  |  |  |  |

***PODSUMOWANIE***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pozycja** | **Wartość netto za cały okres obowiązywania umowy  (36 miesięcy)** | **Stawka  VAT %** | **Wartość brutto za cały okres obowiązywania umowy  (36 miesięcy)** |
| 1 | Odczynniki |  |  |  |
| 2 | Czynsz dzierżawy za analizator |  |  |  |
| ***RAZEM:*** | |  |  |  |

**Harmonogram kontroli:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **1** | **FT3** | pon-pt 2 poziomy |
| **2** | **FT4** | pon-pt 2 poziomy |
| **3** | **TSH** | pon-pt 2 poziomy |
| **4** | **Anty TPO** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **5** | **Anty-TG** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **6** | **Total PSA** | pon-pt 2 poziomy |
| **7** | **Wolny PSA** | pon-pt 2 poziomy |
| **8** | **Witamina D 25(OH) total** | pon-pt 2 poziomy |
| **9** | **Witamina B 12** | pon-pt 2 poziomy |
| **10** | **Kwas foliowy** | pon-pt 2 poziomy |
| **11** | **Ferrytyna** | pon-pt 2 poziomy |
| **12** | **Antygen Hbs** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **13** | **P-ciała anty-Hbs** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **14** | **P-ciała anty- HCV** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **15** | **P-ciała anty-HIV1/2 p24** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **16** | **Insulina** | pon-pt 2 poziomy |
| **17** | **NT-pro BNP** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **18** | **Kortyzol** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **19** | **Prolaktyna** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **20** | **Anty CCP** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |
| **21** | **Testosteron** | **2 razy w tyg 2 poziomy** |