**Załącznik nr 1 do SWZ
Nr postępowania: 199/2022/TP/DZP**

**FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /FORMULARZ CENOWY**

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

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

**Część 1 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | MBD1 antibody (Methyl-CpG Binding Domain Protein 1) C-Term | ABIN6736735 | 100 ul | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 2:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Caspase-7 Mouse anti-Human, Mouse, Rat, Porcine, Canine, Hamster, Primate, Rabbit, Sheep, Clone: 40725, Novus BiologicalsTM | NBP119229 | 0,1 mg | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 3:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Uhrf1 Rabbit Polyclonal Antibody | TA343712 | 100 ul | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 4:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Active/Pro-Caspase 3 Monoclonal Antbody (31A1067) | MA1-91637 | 100 ug | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 5:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | DGCR8 Polyclonal Antibody | PA5-78510 | 100 ul | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 6:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Dicer Polyclonal Antibody | PA5-78446 | 100 ul | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**