**Załącznik 1E do formularza oferty**

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ……………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby Wykonawcy: …............................................................................................................

Kod: ……………Miasto: ……………………………Województwo: …………………………………Kraj: ………………………………

**PAKIET V - FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**ZESTAWY DO POBIERANIA UKKP METODĄ AUTOMATYCZNEJ TROMBAFEREZY,   
ZESTAWY DO TERAPEUTYCZNEJ WYMIANY OSOCZA NA POSIADANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO SEPARATORACH MCS+**

**Pakiet V – Oferta/ Nie dotyczy\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Asortyment | Ilość zestawów/ sztuk \*\* | Cena netto za 1 szt. | Wartość netto za wskazaną ilość | Stawka podatku VAT | Wartość brutto za wskazaną ilość |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=3x4 | 6 | 7=5+6 |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE** | | | | | | |
| 1 | Zestawy do pobierania UKKP metodą automatycznej trombaferezy  Nazwa: ............................................  Producent: .......................................  Kraj pochodzenia: ...........................  Numer katalogowy: ........................ | 696 |  |  |  |  |
| 2 | Zestawy do terapeutycznej wymiany osocza  Nazwa: ............................................  Producent: .......................................  Kraj pochodzenia: ...........................  Numer katalogowy: ........................ | 160 |  |  |  |  |
| **Łączna wartość oferty, obejmująca ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE** | | | |  |  |  |
| **PRAWO OPCJI – Zamawiający informuje, że przewiduje możliwość skorzystania z prawa opcji tzn. dodatkowych dostaw przedmiotu zamówienia w ilości do 20% zamówienia podstawowego** | | | | | | |
| 1 | Wartość prawa opcji tj. 20 % zamówienia podstawowego | | |  |  |  |

*\*\*podana w ofercie ilość asortymentu służy do porównania ofert.*

**OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO UZYSKANIA PUNKTÓW W POZACENOWYCH KRYTERIACH OCENY OFERT:**

* **Oświadczamy, że termin realizacji dostawy cząstkowej wynosi: ………………………dni roboczych**
* **Oświadczamy, że termin ważności zestawów wynosi: ………………………miesięcy od daty dostawy.**

\* niepotrzebne skreślić

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*