**Załącznik 1G do formularza oferty**

Dane Wykonawcy:

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

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

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

**PAKIET VII – FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY –**

1. **ZESTAWY DO POBIERANIA KONCENTRATU GRANULOCYTARNEGO NA POSIADANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO SEPARATORACH SPECTRA OPTIA**
2. **ZESTAWY DO AUTOMATYCZNEGO CZYSZCZENIA SZPIKU KOSTNEGO WRAZ Z AKCESORIAMI NA POSIADANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO SEPARATORACH SPECTRA OPTIA**
3. **ZESTAWY DO POBIERANIA KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH Z KRWI OBWODOWEJ NA POSIADANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO SEPARATORACH SPECTRA OPTIA;**
4. **PŁYN ACD-A STOSOWANY PRZY WSZYSTKICH W/W PROCEDURACH**

**Pakiet VII – Oferta/ Nie dotyczy\***

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 koncentratu granulocytarnego **Nazwa:**………………….  **Nr katalogowy:**………………….  **Producent:**…………………. | 42 |  |  |  |  |
| 2 | zestawy do automatycznego czyszczenia szpiku kostnego wraz z akcesoriami  **Nazwa:**………………….  **Nr katalogowy:**………………….  **Producent:**…………………. | 6 |  |  |  |  |
| 3 | zestawy do pobierania komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej  **Nazwa:**………………….  **Nr katalogowy:**………………….  **Producent:**…………………. | 90 |  |  |  |  |
| 4 | płyn ACD-A stosowany przy wszystkich w/w procedurach  **Nazwa:**………………….  **Nr katalogowy:**………………….  **Producent:**………………….  Termin ważności: ………………………\*\* | 156 |  |  |  |  |
| **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 | | |  |  |  |

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

* **Oświadczamy, że termin realizacji dostawy cząstkowej asortymentu z Tabeli nr 1 wynosi: ………………………dni roboczych**
* **Oświadczamy, że termin ważności zestawów (asortyment z Tabeli nr 1 poz. 1-3) ……………… wynosi: ………………………miesięcy od daty dostawy.**

\* niepotrzebne skreślić

\*\*zaoferowany termin ważności nie może być krótszy niż 12 miesięcy, należy podać odpowiednią liczbę miesięcy

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*