**Załącznik nr 1 do SWZ
Nr postępowania: 138/2023/TP-I/DZP**

**FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /FORMULARZ CENOWY**

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

**Część 1 – odczynniki do oznaczania beta-hydroksymaślanów (BHB)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | B-hydroksybutyrate FS | 1 3701 99 10 930 | R1 4x20ml,R2 2x10ml | 1 |  |  |  |
|  | TruLab N | 5 9000 99 10 062.1 | 1x5ml | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 2 – odczynniki do oznaczania kwasów tłuszczowych (NEFA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)**  | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | NEFA-HR (2)R1&R1a | 434-91795 | 750 testów | 1 |  |  |  |
| 2. | NEFA-HR (2)R2&R2a | 436-91995 | 750 testów | 1 |  |  |  |
| 3. | NEFA Standard | 270-77000 |  | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 3- Probówki i igły jednorazowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | PROBÓWKI MORFOLOGICZNE, PRÓŻNIOWE, Z K2EDTA,2 ML, DO PRÓŻNIOWEGO SYSTEMU POBIERANIA KRWI TYPU BD VACUTAINER | 367836 | 1 op.( po 50 sztuk ) | 1 |  |  |  |
| 2. | PROBÓWKI KOAGULOLOGICZNE, PRÓŻNIOWE, Z 3,2% CYTRYNIANEM SODU,2,7 ML, DO PRÓŻNIOWEGO SYSTEMU POBIERANIA KRWI TYPU BD VACUTAINER | 363048 | 1 op.( po 50 sztuk ) | 1 |  |  |  |
| 3. | PROBÓWKI BIOCHEMICZNE, PRÓŻNIOWE, Z AKTYWATOREM KRZEPNIĘCIA,4 ML, DO PRÓŻNIOWEGO SYSTEMU POBIERANIA KRWI TYPU BD VACUTAINER | 369032 | 1 op.( po 50 sztuk ) | 1 |  |  |  |
| 4. | Igły jednorazowe, do próżniowego systemu pobierania krwi typu BD Vacutainer 21G 0,8 mm | 360213 | 1 op ( 100 sztuk ) | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 4- Krwinki i karty LISS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | KRWINKI ID-DIACELL I- II-III | 004304 | 1 opakowanie = 3 buteleczki po 10 ml | 5 |  |  |  |
| 2. | Karty LISS/COOMBS |  | Opakowanie(4x12 kart) | 1 |  |  |  |
|  | Warunki konieczne:-termin ważności do 11.12.2023r.-termin realizacji 25.10.2023-27.10.2023 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 5 – Krwinki, odczynniki monoklonalne i płyty nakrylowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | KRWINKI WZORCOWE, KONSERWOWANE ZAWIESZONE W PBS DO OZNACZANIA GRUP AB0 | PBS-VERA 511 | 1 zestaw 3x4 ml | 5 |  |  |  |
| 2. | Odczynnik monoklonalny anty -D Blend | CED-MONO-BLEND-TH | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 3. | Odczynnik monoklonalny anty -D RUM | CED-MONO-RUM | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 4. | Odczynnik monoklonalny anty A BIRMA -1 |  | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 5. | Odczynnik monoklonalny anty -A klon 9113D10 |  | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 6. | Odczynnik monoklonalny anty -B klon LB2 |  | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 7. | Odczynnik monoklonalny anty B |  | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| 8. | Płyty nakrylowe |  | 1 opakowanie – 100 sztuk | 1 |  |  |  |
|  | Warunki konieczne:-termin ważności do 19.11.2023r.-termin realizacji 1.11.2023-5.11.2023 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 6 – Odczynniki, kalibratory i opiłki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | ABL90 FLEX solution pack( odczynnik do aparatu ) | 944-157 | opakowanie | 1 |  |  |  |
| 2. | SC90 300/30 BG/LYT/MET/OXI +QC(kaseta – odczynnik do aparatu ) | 946-005 | opakowanie | 1 |  |  |  |
| 3. | Kalibratory do RKZ |  | opakowanie | 1 |  |  |  |
| 4. | Opiłki do kapilar |  | opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 7 - Odczynniki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | ACCUCHECK PERFORMA GLUKOZA | 06454011057 | Opakowanie= 50 SZTUK | 1 |  |  |  |
| 2. | ACCUTREND TRÓJGLICERYDY | 11538144053 | Opakowanie= 25 SZTUK | 2 |  |  |  |
| 3. | ACCUTREND CHOLESTEROL | 11418262013 | Opakowanie= 25 SZTUK | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 8 – Rękawiczki nitrylowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | Rękawiczki nitrylowe rozmiar S | 1 opakowanie = 100 sztuk | 2 |  |  |  |
| 2. | Rękawiczki nitrylowe rozmiar M | 1 opakowanie = 100 sztuk | 5 |  |  |  |
| 3. | Rękawiczki nitrylowe rozmiar L | 1 opakowanie =100 sztuk | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 9 – Płyn do odkażania i pipety Pasteura**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | Skinsept Pur 3005350 | 1 butelka 250ml | 1 |  |  |  |
| 2. | Pipety Pasteura | 1 opakowanie – 500 sztuk | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 10 – Odczynniki i kontrola hematologiczna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Numer** **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | Odczynnik do analizatora hematologicznego CLEANAC | MEK-520 | 5l | 1 |  |  |  |
| 2. | Odczynnik do analizatora hematologicznego HEMOLYNAC 3N | MEK-680 | 1l | 1 |  |  |  |
| 3. | Odczynnik do analizatora hematologicznego CLEANAC 3 | MEK-620 | 1l | 1 |  |  |  |
| 4. | Odczynnik do analizatora hematologicznego ISONAC 3 | MEK-640 | 20l | 1 |  |  |  |
| 5. | Kontrola hematologiczna z terminem ważności do stycznia 2023 do analizatora helmatologicznego | MEK – 3 DN | 2ml | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

**Część 11 - Odczynniki**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** **(parametry wymagane)** | **Opakowanie o pojemności:**  | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. |  Helena Thromboplastin- Li | Opakowanie 10x10ml | 1 op |  |  |  |
| 2. | APTT- SIL MINUS |  Opakowanie 10x10ml | 1 op |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:**  |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**