|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa | Nazwa handlowa | Proponowana wielkość opakowania | Producent | Kraj pochodzenia | JM | Liczba | Cena jedn. netto (pln) | Wartość netto (pln) | Stawka VAT (%) | Wartość brutto (pln) |
| Pojemnik transferowy – 1000ml1. Posiada deklarację zgodności CE oraz zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych.
2. Pojemnik sterylny do przechowywania składników krwi.
3. Pojemność całkowita – 1000ml.
 |  |  |  |  | sztuka | 30 |  |  |  |  |

Wykonawca do dostawy dołączy certyfikat kontroli jakości dla każdej serii.

Termin ważności produktu – nie krótszy niż 24 miesiące od dnia dostawy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacja ogólna** | **Parametr wymagany** | **Wypełnia Wykonawca** |
| Czas dostawy do magazynu Zamawiającego – maksymalnie w ciągu 14 dni roboczych od otrzymania zamówienia przez Wykonawcę | Tak, podać oferowany czas dostawy | …….dni |

W celu potwierdzenia, że oferowane produkty dpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego, Zamawiający będzie żądał:

1. dokumentu CE,
2. zgłoszenia do bazy danych Prezesa URPLWMiPB na podstawie ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych lub powiadomienie Prezesa URPLWMiPB o wprowadzeniu wyrobu na terytorium RP na podstawie ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.

**Miejsce dostawy: Zespół Medyczny w Warszawie**

…………..…………….……………….

*(znak graficzny podpisu)*