Numer referencyjny postępowania:

**WSZ-EP-32/2023**

**Załącznik nr 2 do SWZ**

# FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Wykonawca…………………………………………………………………………………………

ul. ………………………………………………………………………………………………………

kod …………………………… miasto…………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

**Tabela nr 1 – Dostawa zestawów do oznaczeń autoimmunologicznych i alergii (badań) wraz z materiałami zużywalnymi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa badania | Ilość badań do oznaczeń autoimmunologicznych  na 36 miesięcy | Cena jednego badania netto  w zł | Wartość netto  w zł | Podatek VAT  % i zł | Wartość brutto  w zł | Numer katalogowy/ ilość szt w opakowaniu |
| 1. | **IMMUNOFLUORESCENCJA POŚREDNIA**  UWAGA: w ilości badań uwzględnione zostały konieczne rozcieńczenia: |  |  |  |  |  |  |
| a) | Szkiełka z 5 polami | **2 000 badań** |  |  |  |  |  |
| 2. | **PROFIL ANA:** |  |  |  |  |  |  |
| a) | Profil 16 przeciwciał | **640 badań** |  |  |  |  |  |
| 3. | **PROFIL ANCA** | **510 badań** |  |  |  |  |  |
| 4. | **PROFIL WĄTROBOWY** | **350 badań** |  |  |  |  |  |
| 5. | **PROFIL DO DIAGNOSTYKI TWARDZINY UKŁADOWEJ** | **48 badań** |  |  |  |  |  |
| 6. | **PRZECIWCIAŁA ANTY-PLA2R METODA IMMUNOFLUORESCECJI POŚREDNIEJ** | **100 badań** |  |  |  |  |  |
| 7. | **DIAGNOSTYKA ALERGII:** |  |  |  |  |  |  |
| a) | Profil pediatryczny | **80 badań** |  |  |  |  |  |
| b) | Profil wziewny | **80 badań** |  |  |  |  |  |
| c) | Profil pokarmowy | **90 badań** |  |  |  |  |  |
| 8. | Materiały zużywalne\* |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |  |  |

UWAGA!

1. \* Wykonawca zobowiązany jest do podania i dostarczenia wszystkich materiałów eksploatacyjnych i pomocniczych (zużywalnych i niezużywalnych), niezbędnych do wykonania określonej przez Zamawiającego ilości badań. Zamawiający nie będzie ponosił dodatkowych kosztów z tytułu nie ujęcia przez Wykonawcę w cenie kosztów materiałów, akcesoriów lub urządzeń, które okażą się następnie niezbędne do wykonania oznaczeń.

**Tabela nr 2 –** Dzierżawa **mikroskopu do immunofluorescencji pośredniej oraz aparatu do wykonywania badań i odczytu wyników**

**Mikroskop do immunofluorescencji pośredniej** – 1 szt.

**Nazwa własna ……………………..…………………………………………………………………..**

**Oferowany model/typ …………………………………………………………………………………**

**Producent ………………………………………………………………………………………………**

**Rok produkcji nie starszy niż rok produkcji 2010 ………………………………………………….**

**Aparat do wykonania badań i odczytu wyników** – 1 szt.

**Nazwa własna ……………………..…………………………………………………………………..**

**Oferowany model/typ …………………………………………………………………………………**

**Producent ………………………………………………………………………………………………**

**Rok produkcji nie starszy niż rok produkcji 2011 …………………………….……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | Ilość | Liczba miesięcy  dzierżawy  **(1)** | Wartość netto  za 1 miesiąc  dzierżawy w zł  **(2)** | Podatek VAT  w %  i zł | Wartość brutto  za 1 miesiąc  dzierżawy  w zł | Wartość netto w zł / 36 miesięcy dzierżawy  **(1 x 2)** | Podatek VAT  w % i zł | Wartość brutto w zł /  36 miesięcy dzierżawy |
| 1. | **Mikroskop do immunofluorescencji pośredniej** zgodny z załącznikiem numer 3  do SWZ WSZ-EP-32/2023 | **1 szt.** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| 2. | **Aparat do wykonania badań i odczytu wyników** zgodny z załącznikiem numer 3  do SWZ WSZ-EP-32/2023 | **1 szt.** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez konieczności dokonywanie przez Zamawiającego żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych. Oświadczamy, że urządzenie spełnia wszystkie wymagania określone przepisami obowiązującymi na terenie RP zgodnie z przeznaczeniem urządzenia.

**Razem (tab. 1 + tab. 2) =** **…………………… zł netto + …………………..… podatek VAT (% i zł) = ………………… zł brutto**

**2**. Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

……………………, dnia………………….r.

(Miejscowość )

……………………………………………

Podpis elektroniczny osoby uprawnionej