**7. ZESTAWIENIE CENOWO – ASORTYMENTOWE dla T. O. W LUBINIE:**

**Tabela nr I.B.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P*** | Rodzaj badania | Liczba badań immunohematologicznych wykonywanych dla biorców T. O. w Lubinie na 36 m-cy | Nazwa wyrobu - **odczynniki/ karty/**  **krwinki wzorcowe/materiały zużywalne**  **wg producenta** | **Producent** | **Nr katal wg producenta** | **Wielkość opak.** | | **Zamawiana ilość na 36 m-cy po zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań handlowych** | **Cena opakowania netto** | **Wartość**  **netto** | **Podatek**  **VAT**  **…%**  **kwota** | **Wartość brutto** |
| **1** | 2 | 3 | 4 | **5** | **6** | **7** | | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| ***1.*** | Oznaczenie grupy krwi w układzie ABO i antygenu RhD z uwzględnieniem RhDVI+ i RhDVI- oraz przeciwciała anty-A i anty-B | 16170 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Oznaczenie grupy krwi u noworodka w układzie ABO i antygenie RhD z uwzględnieniem RhDVI- | 660 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***3.*** | Oznaczenie fenotypu układu Rh (C, c, E, e) i antygenu K z układu Kell | 119 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***4.*** | Badanie przesiewowe przeciwciał wykonywane w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 23430 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***5.*** | Badanie przesiewowe przeciwciał wykonywane w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą monowalentną anty-IgG | 66 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***6.*** | Przeprowadzanie codziennej kontroli jakości wykonywania badań immunohematologicznych | 2190 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***7.*** | Wykonywanie w PTA próby krzyżowej u biorcy z użyciem mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 14858 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***8.*** | Sprawdzenie grupy krwi w układzie ABO i antygenu RhD u biorcy przy próbie zgodności z uwzględnieniem RhDVI- | 7260 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***9.*** | Sprawdzenie grupy krwi w układzie ABO i antygenu RhD u dawcy przy próbie zgodności | 14858 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM POZ. 1 - 9*** | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |  |  |  |
| **Dodatkowe odczynniki i materiały zużywalne niezbędne do wykonywania w/w badań w okresie 36 m-cy:** | | | | | | | | | | | | |
| ***l. P.*** | **Nazwa dodatkowych odczynników i materiałów zużywalnych niezbędnych do wykonania w/w badań** | **Nazwa dodatkowych odczynników i materiałów zużywalnych niezbędnych do wykonania w/w badań wg producenta** |  | **Producent** | **Nr katalog.** | | **Wielkość opak.** | **Zamawiana ilość na 36 m-cy po zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań handlowych** | **Cena opakowania netto** | **Wartość**  **netto** | **Podatek**  **VAT**  **…%**  **kwota** | **Wartość brutto** |
| ***1*** | **2** | **3** | 4 | **5** | **6** | | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| ***10.*** | Płyn do konserwacji analizatora do mikrometody |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***11.*** | Końcówki do pipety automatycznej **z tabeli nr II.B. z poz. 2** |  |  |  |  | |  | **16.000 sztuk** |  |  |  |  |
| ***12.*** | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wydruku wyników badań - wydruk tylko monochromatyczny- dotyczy zaoferowanej drukarki **z TABELI NR II.B. z poz. 6.2.** |  |  |  |  | |  | **W sumie na poczet wydruku 93.000 sztuk arkuszy stron A4.** |  |  |  |  |
| ***13.*** | Etykiety kodów kreskowych (o rozmiarze 25mm x 54 mm każda) kompatybilne z zaoferowaną drukarką kodów kreskowych z **TABELI NR II.B. z poz. 7.** |  |  |  |  | |  | **40.000 sztuk** |  |  |  |  |
| ***14.*** | **Inne - jeżeli dotyczy:** |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***15.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***16.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***17.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***18.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***19.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ***20.*** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | ***RAZEM –* suma od poz. *10.* do poz. .....** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | ***RAZEM – WARTOŚĆ ZA CAŁOŚĆ PRZEDM. ZAMÓW. - suma od poz. 1 do poz. ...*** |  |  |  |

**Tabela nr II.B.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyspecyfikowany sprzęt wraz z niezbędnym wyposażeniem dodatkowym do wykonywania badań mikrometodą**  **z zakresu immunologii transfuzjologicznej będącego w dzierżawie na 36 miesięcy dla T.O. w Lubinie:** | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | 3 | 4 | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| ***L.P*** | **Nazwa urządzenia wg producenta** | Nr katal./ model/typ: | Producent | Rok produkcji | **ilość na 36 m-cy dzierżawy (SZT.)** | **Cena netto za 1 m-c dzierżawy** | **Wartość**  **netto za dzierżawę za okres 36 m-cy** | **Podatek**  **VAT**  **…%**  **kwota** | **Wartość brutto**  **za dzierżawę za okres 36 m-cy** |  |  |
| ***1.*** | Analizator do badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej mikrometoda kolumnową **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | nie starszy niż z 2016 roku: .................................. | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Pipetor z nastawną objętością **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **fabrycznie nowe wyprodukowane nie wcześniej niż w 2016 r. .....................** | **3 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***3*** | Wirówka do wirowania jednocześnie na minimum 20 kart dla T. O. w Lubinie (do metody manualnej) **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starszy niż z 2016 roku**  **....................** | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***4*** | Inkubator **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starsze niż z 2016 roku**  **....................** | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***5*** | Skaner kodów kreskowych **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starsze niż z 2016 roku**  **....................** | **2 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***6*** | Komputer PC z drukarką laserową do drukowania wyników badań - wydruk tylko monochromatyczny - z systemem Windows 7 lub nowszym – dzierżawa – komputer może być zintegrowany z poszczególnym analizatorem , t. j.: **6.1. komputer:**  **Nazwa urządzenia wg producenta – jeżeli dotyczy, t.j. czyli nie jest zintegrowany z analizatorem**  ………………….  **6.2. drukarka laserowa**- **wydruk tylko monochromatyczny:**  **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | **6.1. komputer:**  Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  **………………….**  **6.2. drukarka laserowa:**  Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  **………………….** |  | **nie starsze niż z 2016 roku dla poz. 6.1.**  **....................**  **i poz. 6.2.**  **....................** | **po 1 szt. komputera**  **i**  **po 1 szt. drukarki laserowej** |  |  |  |  |  |  |
| ***7*** | Drukarka kodów kreskowych- wydruk tylko monochromatyczny: **Nazwa urządzenia wg producenta**  ………………….  ......................... | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starsze niż z 2016 roku**  **....................** | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***8*** | Urządzenie UPS – **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starsze niż z 2016 roku**  **....................** | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***9*** | Inne - *jeżeli dotyczy:* **Nazwa urządzenia wg producenta**  …………………. | Nr katal. / model/typ:  ………………….  ………………….  …………………. |  | **nie starsze niż z 2016 roku**  **....................** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM - SUMA od POZ.1 do POZ.8 / 9*** | | | | | | |  |  |  |  |  |

**7.1. B. Wartość całości zamówienia *netto - T. O. Lubin (suma tabeli nr I. B. oraz tabeli nr II.B.) :***

cyfrowo*: .................................................................................................................................*PLN

słownie: ..................................................................................................................................PLN

**7.2. B. Wartość całości zamówienia *brutto – T. O. Lubin (suma tabeli nr I.B. oraz tabeli nr II.B.) :***

cyfrowo*: .................................................................................................................................*PLN

słownie: ...................................................................................................................................PLN

**7.3. A .B. Wartość całości zamówienia *netto – siedziba RCKiK we Wrocławiu i T. O. Lubin ( suma tabeli nr I. A., IIA. oraz tabeli nr I.B i II.B.) :***

cyfrowo*: .................................................................................................................................*PLN

słownie: ..................................................................................................................................PLN

**7.4. A.B. Wartość całości zamówienia *brutto - siedziba RCKiK we Wrocławiu i T. O. Lubin (suma tabeli nr I. A., IIA. oraz tabeli nr I.B i II.B) :***

cyfrowo*: .................................................................................................................................*PLN

słownie: ...................................................................................................................................PLN