**ZESTAWIENIE CENOWO – ASORTYMENTOWE dla siedziby RCKiK we Wrocławiu:**

1. **Tabela nr I A**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P*** | Rodzaj badania | Liczba badań immunohematologicznych wykonywanych dla krwiodawców i biorców siedziba RCKiK we Wrocławiu na 2 miesiące | Nazwa wyrobu -**odczynniki/ karty/****krwinki wzorcowe/ materiały zużywalne** **wg producenta** | **Producent** | **Nr katal. wg producenta** | **Wielkość opak.** | **Zamawiana ilość na 2 m-ce 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.*** | Wykonanie BTA z oznaczeniem IgG, IgA, IgM, C3c, C3d | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Oznaczanie kategorii antygenu RhD - zestaw | 1 zestaw |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***3.*** | Oznaczania amplitudy przeciwciał typu zimnego (albumina 30%) | 10ml |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***4.*** | Oznaczania miana przeciwciał klasy IgG na krwinkach | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***5.*** | Oznaczania podklasy przeciwciał IgG1/IgG3 | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***6.*** | Oznaczenie grupy krwi u noworodka w układzie ABO i antygenie RhD z uwzględnieniem RhDVI- | 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***7.*** | Oznaczenie fenotypu układu Rh (C, c, E, e) i antygenu K z układu Kell | 420 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***8.*** | Badanie przesiewowe przeciwciał wykonywane w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d  | 3120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***9.*** | Identyfikacja przeciwciał wykonywana w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 550 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***10.*** | Wykonanie w PTA próby krzyżowej u biorcy oraz weryfikacja fenotypów u krwiodawców z użyciem mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d. | 1626 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***11.*** | Wykonanie BTA – pojedyncze badanie z użyciem mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 182 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***12.*** | Weryfikacja antygenu RhD u krwiodawców RhD-(ujemny) i RhD słaby wykonywana w PTA z użyciem mikrokart i odpowiedniego odczynnika | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***13.*** | Badanie przesiewowe przeciwciał wykonywane w PTA u krwiodawców z użyciem krwinek wzorcowych pulowanych i mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 3480 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***14.*** | Identyfikacja przeciwciał w teście enzymatycznym i NaCl z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart | 480 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***15.*** | Identyfikacja przeciwciał wykonywana w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą monowalentną anty-IgG | 72 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***16.*** | Przeprowadzanie badań codziennej kontroli aktywności odczynników diagnostycznych i krwinek wzorcowych. | 326 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM POZ. 1 - 16*** |  |  |  |
| **Dodatkowe odczynniki i materiały zużywalne niezbędne do wykonywania w/w badań w okresie 2 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 2 m-ce po zaokrągleniu w górę do pełnych opakowań handlowych** | **Cena opakowania netto** | **Wartość****netto** | **Podatek****VAT****…%****kwota** | **Wartość brutto** |
| ***17.*** | Końcówki do pipety automatycznej **z tabeli nr II.A. z poz. 2**  |  |  |  |  |  | **9166 sztuk** |  |  |  |  |
| ***18.*** | Etykiety kodów kreskowych (o rozmiarze 25mm x 54 mm każda) kompatybilne z zaoferowaną drukarką kodów kreskowych z **TABELI NR II.A z poz. 6** |  |  |  |  |  |  **500 sztuk** |  |  |  |  |
| ***19.*** | **Inne - jeżeli dotyczy:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ***RAZEM –* suma od poz. 17do poz. .....** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | ***RAZEM – WARTOŚĆ ZA CAŁOŚĆ PRZEDM. ZAMÓW. - suma od poz. 1 do poz. ...*** |  |  |  |

1. **Tabela nr IIA**

|  |
| --- |
| **Wyspecyfikowany sprzęt wraz z niezbędnym wyposażeniem dodatkowym do wykonywania badań mikrometodą****z zakresu immunologii transfuzjologicznej będącego w dzierżawie na 2 miesiące dla siedziby RCKiK we Wrocławiu:** |
| **1** | **2** | 3 | 4 | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| ***L.P*** | **Nazwa urządzenia wg producenta** | Nr katal./ model/typ:Jeżeli dotyczy | Producent | Rok produkcji | **ilość na 2 m-ce dzierżawy (SZT.)** | **Cena netto za 1 m-c dzierżawy** | **Wartość****netto za dzierżawę za okres 2 m-cy** | **Podatek****VAT****…%****kwota** | **Wartość brutto****za dzierżawę za okres 2 m-cy** |  |  |
| ***1.*** | Analizator do badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej mikrometoda kolumnową**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  | .................................. | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***2.***  | Pipetor z nastawną objętością**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **17 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***3*** | Wirówka do wirowania jednocześnie na dla RCKIK we Wrocławiu (do metody manualnej)**Nazwa urządzenia wg producenta**Na 20 kart…………………..10 kart………………….6 kart …………………… | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **2 szt.****1 szt.****1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***4*** | Skaner kodów kreskowych**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***5*** | Komputer PC z drukarką laserową do drukowania wyników badań - wydruk tylko monochromatyczny - z systemem Windows  |  **komputer:**Nr katal. / model/typ:………………….………………….**………………….****drukarka laserowa:**Nr katal. / model/typ:………………….………………….**………………….** |  |  | **1 szt. komputera****i** **1 szt. drukarki laserowej** |  |  |  |  |  |  |
| ***6*** | Drukarka kodów kreskowych - wydruk tylko monochromatyczny**Nazwa urządzenia wg producenta**………………….......................... | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***7*** | Urządzenie UPS –**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***8*** | Inne - *jeżeli dotyczy:***Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM - SUMA od POZ.1 do POZ.8*** |  |  |  |  |  |

1. **Wartość całości zamówienia *netto - siedziba RCKiK we Wrocławiu ( suma tabeli nr I A oraz tabeli nr IIA):***

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

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

1. **Wartość całości zamówienia *brutto - siedziba RCKiK we Wrocławiu (suma tabeli nr I A oraz tabeli nr II A) :***

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

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

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

1. **Tabela nr I B**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P*** | Rodzaj badania | Liczba badań immunohematologicznych wykonywanych dla biorców T. O. w Lubinie na 2 m-ce | Nazwa wyrobu -**odczynniki/ karty/****krwinki wzorcowe/materiały zużywalne****wg producenta** | **Producent** | **Nr katal wg producenta** | **Wielkość opak.** | **Zamawiana ilość na 2 m-ce 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.*** | Badanie przesiewowe przeciwciał wykonywane w PTA z użyciem krwinek wzorcowych i mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d  | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***2.*** | Wykonywanie w PTA próby krzyżowej u biorcy z użyciem mikrokart z surowicą poliwalentną anty-IgG+C3d | 826 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM POZ. 1 - 2*** |  |  |  |

1. **Tabela nr II B**

|  |
| --- |
| **Wyspecyfikowany sprzęt wraz z niezbędnym wyposażeniem dodatkowym do wykonywania badań mikrometodą****z zakresu immunologii transfuzjologicznej będącego w dzierżawie na 2 miesiące 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 2 m-ce dzierżawy (SZT.)** | **Cena netto za 1 m-c dzierżawy** | **Wartość****netto za dzierżawę za okres 2m-cy** | **Podatek****VAT****…%****kwota** | **Wartość brutto****za dzierżawę za okres 2 m-cy** |  |  |
| ***1***  | Pipetor z nastawną objętością**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **3 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***2*** | Wirówka do wirowania jednocześnie na minimum 10 kart dla T. O. w Lubinie (do metody manualnej)**Nazwa urządzenia wg producenta**…………………. | Nr katal. / model/typ:………………….………………….…………………. |  |  | **1 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| ***RAZEM - SUMA od POZ.1 do POZ.2*** |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

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

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

1. **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

1. **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