***Załącznik nr 5 do SIWZ***

***FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY***

***Zapotrzebowanie na okres 6 miesięcy***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwa asortymentu**  | **Wymagania**  | **Zapo-trze-bo-wanie (ilość) sztuk** | **Nazwa** **produce-nta**  | **Nazwa handlowa**  | **Nr** **katalo-gowy** | **Prop. wielkość opako-wania**  | **Prop.****ilość peł-nych opako-wań**  | **Cena jedn. netto w PLN****(za 1 szt. lub 1 opak.)** | **Wartość netto** **w PLN**  | **VAT** **%** | **Kwota podatku VAT** **w PLN**  | **Wartość** **brutto** **w PLN**  |
| **Poje-mność**  | **Roz-miar – średni-ca** |
| **1.**  | Probówka do pozyskiwania surowicyz aktywatorem wykrzepiania  | **5 - 6 ml**  | **15 16 mm**  | **4 000** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Probówka do pozyskiwania surowicy z aktywatorem wykrzepiania  | **2 – 3 ml** | **13 – 14 mm**  | **1 200** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Probówka do pozyskiwania surowicy z aktywatorem wykrzepiania  | **7 – 8 ml**  | **15 – 16 mm**  | **300** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Probówka do badań hematologicznych z EDTA K2 lub K3 | **2 – 3 ml**  | **13 – 14 mm**  | **3 800** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Probówka do badan koagulologicznych z cytrynianem sodu |  **2 - 3**  **ml**  | **13- 14 mm**  | **1 500** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Probówka do oznaczania pseudotrombocytopenii z antykoagulantem innym niż tylko EDTA | **2 – 3 ml**  | **11 – 12 mm**  | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | Strzykawka do badań gazometrycznych ze zbalansowaną litową heparyną pakowana pojedynczo,sterylna | **2 – 3****ml** |  **X** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | Probówka do badania OB. opadu – wersja liniowa | **1 – 2****ml** | **11 – 12****mm**  | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | Pipeta do OB ze skalą |  **X** |  **X** | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | Łącznik typu luer(np.Venflon) |  **X** |  **X** | **400** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | Igła typu motylek 0,8mmna posiew (pakowana pojedynczo sterylna gotowa do użycia) |  **X** | **X** | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | Igła systemowa 0,9mm (igła jednoczęściowa sterylna pakowana pojedynczo) |  **X** |  **X** | **2 000** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.** | Igła systemowa 0,8mm**(igła jednoczęściowa sterylna pakowana pojedynczo)** |  **X** |  **X** | **2 000** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.** | Igła systemowa krótka 0,8mmx25mm **(igła jednoczęściowa sterylna pakowana pojedynczo)** |  **X** |  **X** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Razem:** |  |  |  |  |

**WYMAGANIA GRANICZNE:**

1. Probówki mają zapewniać pobranie krwi metodą aspiracyjna i próżniową.
2. Probówki plastykowe zakręcane korkiem zapewniające pobranie krwi zawsze o pożądanej objętości.
3. Na wszystkich probówkach powinny być naklejone etykiety za wyjątkiem pozycji 7.
4. Wszystkie elementy muszą pochodzić od jednego producenta. W przypadku zaoferowania produktów od różnych producentów wymagane jest to, aby dołączyć oświadczenia producentów o kompatybilności elementów.
5. Igły systemowe, łączniki i igły typu „motylek” muszą być sterylne i pakowane pojedynczo. Muszą być gotowe do użycia bez konieczności i łączenia różnych elementów składowych.
6. Możliwość wkłucia pod dowolnym kątem.
7. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany jest do bezpłatnego użyczenia …..sztuk statywów do oznaczania OB oraz – wersja linowa na czas trwania umowy.
8. Atesty dopuszczające przedmioty zamówienia do użytku na terenie kraju (dot.wyrobów medycznych).
9. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana zobowiązany jest do bezpłatnego przeszkolenia personelu medycznego (forma i termin przeszkolenia personelu medycznego zostanie ustalona po podpisaniu umowy w dogodnym terminie dla Zamawiającego).
10. Zamawiający wymaga dostarczenia wraz z ofertą próbek w ilościach 3 sztuki z każdej pozycji asortymentowej.

 **…………………………………… ………………………………………………..**

( miejscowość , data ) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania firmy)