Załącznik nr 6 do siwz

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

ZADANIE NR 1

PAKIET NR 5

DOSTAWA ODCZYNNIKÓW I AKCESORIÓW DO ANALIZATORA HEMATOLOGICZNEGO 3 DIFF MEDONIC M WRAZ Z USŁUGAMI SERWISOWYMI

TABELA I

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Numer katalogowy | Ilość pełnych opakowań | Zapotrzebowanie | Jm.  | Cena 1 op. w PLN netto | Wartość netto PLN(4 x7) | Stawka VAT | KwotaVAT(8 x 9) | Wartośćbrutto PLN(8 + 10)0 |
| *1* | *2* | *3* | *4* | 5 | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* |
| 1 | Diluent |  |  | 580 | l |  |  |  |  |  |
| 2 | Lizat z 3-frakcyjnym rozdziałem WBC |  |  | 105 | l |  |  |  |  |  |
| 3 | Krew kontrolna - 3 poziomy /L, N, H/ |  |  | 24 | szt |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw odczynników myjących |  |  | 6 | szt |  |  |  |  |  |
| 5 | Naczyńka bezpyłowe do wstępnego rozcieńczania krwi |  |  | 400 | szt |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |

TABELA II

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Zapotrzebowaniew miesiącach | Cena miesięcznej obsługi serwisowej w PLN netto(miesięczne wynagrodzenie za ochronę serwisową) | Roczna wartość obsługi serwisowej netto PLN(3x4) | Stawka VAT  | Kwota podatku VAT(5x6) | Roczna wartość obsługi serwisowejbrutto PLN(5+7) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| 1 | Przegląd roczny – obsługa serwisowa analizatora przez autoryzowany serwis zawierające koszty robocizny i dojazdu | 12  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |

**Oferujemy wykonanie zamówienie za cenę ………………………....………….. zł. brutto (suma pozycji RAZEM z Tabeli I i Tabeli II).**

Wymagane, aby wszystkie odczynniki i akcesoria pochodziły od producenta analizatora.

Wymagany program zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości parametrów hematologicznych.

Wymagane instrukcje użytkowania / przygotowania / do wszystkich odczynników oraz krwi kontrolnej w języku polskim.

Wymagane odczynniki i akcesoria z deklaracją zgodności CE.

**ZASTRZEŻENIE: Zastrzeżenie: cena za serwis aparatów medycznych będących w posiadaniu Zamawiającego nie może przekroczyć 10% wartości brutto ceny ofertowej pakietu.**

Miejscowość, dnia …………………………. podpis oraz pieczęć osoby uprawnionej…………………………………………….