**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-NZ-2/ZO/2015 na **dostawę odczynników do systemów zamkniętych: aparat miniVidas i Densimat dla potrzeb** **Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie**

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie pakietu nr ………………………………………….. za cenę …………...............................................................................................................złotych netto plus podatek VAT w wysokości ………………………………………………………………..złotych razem ……………………………………………………………………………………...złotych brutto

słownie ............................................................................................................................. złotych brutto

**2.** Dostawę towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy własnym środkiem transportu,
na swój koszt i odpowiedzialność.

**4.** Okres ważności na oferowany asortyment wynosi:……………………………………………….

Pakiet 1

Minimalny termin ważności testów:

HIV DUO Quick - ……………………… miesięcy

Rubella IgG - ……………………… miesiecy

Total IgE - ……………………… miesięcy

Pozostałe testy - ……………………… miesiące

Pakiet 2

Minimalny termin ważności produktu - ………………………….. miesięcy

**5.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zobowiązuję się do ich okazania na każde żądanie zamawiającego

 **6.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-NZ-2/ZO/2015

 wraz z załącznikami 1,3, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

7. Oświadczamy , że oferta jest ważna do momentu podpisania umowy z wybranym wykonawcą.

**8.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**9.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

 ..........................................................

Miejscowość………….............,data........................................

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Nazwa wykonawcy**………………………………………………………..………………………………………………………………………….………

**Adres Wykonawcy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

UWAGA!!! Ilość sztuk należy przeliczyć na opakowania. Podać pełną ilość opakowań zaokrągloną w górę (najbliższa pełna ilość górna do ilości podanej
w sztukach)

**Pakiet 1 Aparat mini Vidas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa testu | **Szacunkowa** **ilość testów****na rok** | **Ilość****op.** | **Wielkość op.** | **Cena jedn. netto** **w zł** **za op.** | **Wartość netto****w zł** | **Podatek VAT** **% i zł** | **Wartość brutto****w zł** | **Nazwa testu** | **Numer katalogowy** |
| 1. | Automatyczny,jakościowy test skriningowy do wykrywania zakażenia wirusem **HIV** w technice ELFA, oparty na łącznym wykrywaniu przeciwciał anty HIV 1, anty HIV2 oraz antygenu p24 wirusa HIV1 w surowicy | **720** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Automatyczny, immunoenzymatyczny test do jakościowego wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **120** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Automatyczny immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **180** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Automatyczny immunoenzymatyczny test do jakościowego wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **420** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Automatyczny immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **420** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Automatyczny immunoenzymatyczny test do jakościowego wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie** | **720** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Automatyczny immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie**  | **720** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Automatyczny test do ilościowego oznaczania całkowitego miana przeciwciał **klasy IgE** w surowicy ludzkiej techniką ELFA | **120** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Automatyczny test do jakościowego wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato techniką ELFA | **120** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Automatyczny test do jakościowego wykrywania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato techniką ELFA | **120** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  | ---------------------------- |

Minimalny termin ważności testów:

HIV DUO Quick - 6 miesięcy

Rubella IgG - 6 miesiecy

Total IgE - 6 miesięcy

Pozostałe testy - 4 miesiące

**Pakiet 2 Densimat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa testu | **Szacunkowa** **ilość testów****na rok** | **Ilość****op.** | **Wielkość op.** | **Cena jedn. netto** **w zł** **za op.** | **Wartość netto****w zł** | **Podatek VAT** **% i zł** | **Wartość brutto****w zł** | **Nazwa testu** | **Numer katalogowy** |
| 1. | NaCl Medium | **1000** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Suspension Medium | **200** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   **RAZEM:** |  |  |  | ------------------------------- |

Minimalny termin ważności produktu - 6 miesięcy

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

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………...................................., data.......................................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej ………………………………………….. |
|  |  |