*Załącznik nr 1*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr PN-12/24*

*Załącznik nr 1*

*do umowy nr PN-12/24*

**SZCZEGÓŁOWA WYCENA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

* 1. **Odczynniki, materiały zużywalne i eksploatacyjne do badań z zakresu serologii.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupa krwi.** | | | | | | | | | | |
| **lp.** | **opis badania** | **liczba badań**  **na 48 miesięcy** | **nazwa odczynnika** | **nr katalogowy** | **nazwa producenta** | **ilość op.** | **cena jedn. netto/**  **op. (zł)\*** | **wartość netto (zł)** | **VAT%** | **wartość brutto (zł)** |
| 1. | karta do badania grupy krwi  z badaniem izoaglutynin grupowych: A-B-D(VI+, VI-)/A1-B | **7200** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | karta do potwierdzenia grupy krwi pacjentów A-B-D(VI-)/A-B-D(VI-),  II-ga seria, inne klony niż w pkt. 1 (zgodnie z obowiązującymi przepisami IHiT Warszawa) | **2300** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | karta do potwierdzenia grupy krwi dawców A-B-D(VI+)/A-B-D(VI+) przy biorcach RhD ujemnych będących kobietami w wieku rozrodczym, II-ga seria, inne klony niż w pkt. 1 (zgodnie z obowiązującymi przepisami IHiT Warszawa) | **2800** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Krwinki do grupy A1-B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Badanie przeglądowe przeciwciał w teście PTA-LISS (na 3 krwinkach wzorcowych) do grup krwi, screeningu biorców.** | | | | | | | | | | |
| 5. | karta do badania przeglądowego przeciwciał na 3 krwinkach wzorcowych w PTA LISS | **8000** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | zestaw 3 krwinek wzorcowych do badania przeglądowego przeciwciał zawieszone w roztworze LISS (do testu PTA LISS i NaCl), zawierające antygen Cw | proszę podać |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Próba zgodności.** | | | | | | | | | | |
| 7. | karty do próby zgodności pomiędzy biorcą i dawcą | **1800** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Odczynniki i materiały zużywalne potrzebne do wykonania ww. ilości badań (liczone w opakowaniach).** | | | | | | | | | | |
| 8. | według wymagań producenta | proszę podać |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kontrola badań.** | | | | | | | | | | |
| 9. | kontrola codzienna | proszę podać |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | **międzynarodowa kontrola oceny jakości badań serologicznych** | **proszę podać** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** | | | | | | | |  | **x** |  |

\* Liczba opakowań zaokrąglona w górę do pełnych opakowań, uwzględniająca terminy ważności po otwarciu oraz harmonogram dostaw. Kalkulacja powinna obejmować wszystkie materiały zużywalne i odczynniki dodatkowe (LISS, enzym proteolityczny, roztwory niezbędne do pracy) oraz krwinki firmowe gotowe do użycia (do oznaczania izoaglutynin grupowych, do badania przeglądowego – zawieszone w roztworze o niskiej sile jonowej).

* 1. **Dzierżawa analizatorów.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **opis** | **ilość** | **cena jednostkowa netto (1 miesiąc dzierżawy) (zł)** | **wartość netto  (12 miesięcy dzierżawy) (zł)** | **całkowita wartość netto (48 miesięcy) (zł)** | **VAT%** | **całkowita wartość brutto (48 miesięcy) (zł)** |
| 1. | automatyczny analizator podstawowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | automatyczny analizator zapasowy | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | zestaw do metody manualnej (inkubator, wirówka do kart, pipety) | 1 |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** | | | | |  | **x** |  |

* 1. **Serwis oprogramowania DELPHIN.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **opis** | **cena jednostkowa netto (1 miesiąc) (zł)** | **wartość netto  (12 miesięcy) (zł)** | **całkowita wartość netto (48 miesięcy) (zł)** | **VAT%** | **całkowita wartość brutto (48 miesięcy) (zł)** |
| 1. | Serwis i wsparcie techniczne dla oprogramowania Delphin |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** | | | |  | **x** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania  oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |
|  |  |