**Załącznik nr 2 do SWZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania (I) | Nazwa badania (II) | Ilość oznaczeń na 36 miesięcy | Asortyment\* | Nr kat. | Wielkość opakow  -ania | Ilość opakowań na 36 miesięcy | Cena op. netto PLN | Cena op. brutto PLN | Wartość netto PLN | Wartość VAT % | Wartość brutto PLN |
| **Odczynniki (karty i krwinki)** | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Grupa krwi z oznaczeniem antygenów ABO, antygen D (2 klony), izoaglutyniny, wykrywanie przeciwciał odpornościowych | Antygeny grupowe układu ABO, RhD, izoaglutyniny A1, B | 16290 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16290 | krwinek\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badanie przeglądowe w kier. alloprzeciwciał odpornościowych | 16290 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16290 | krwinek\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Próba zgodności, kontrola antygenów ABD u biorców i dawców, badanie przeglądowe w kier. alloprzeciwciał odpornościowych biorcy, właściwa próba krzyżowa w teście PTA-LISS. | Badanie przeglądowe biorcy w kier. alloprzeciwciał odpornościowych | 1650 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1650 | krwinek\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontrola antygenów biorcy | 3840 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontrola antygenów dawcy | 7140 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Właściwa próba krzyżowa | 4950 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Grupa krwi noworodka | Oznaczenie grupy krwi | 2160 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Potwierdzenie grupy krwi noworodka | 1080 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kwalifikacja do podania immunoglobuliny | Kontrola antygenów matki | 660 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badanie przeglądowe matki w kier. alloprzeciwciał odpornościowych | 660 | karty\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 660 | krwinek\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Materiały kontrolne** | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Materiały kontrolne do codziennej wewnętrznej kontroli jakości | |  | kontroli\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Materiały zużywalne** | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Odczynniki do przygotowania zawiesin | |  | buforu\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Płyny do analizatora automatycznego | | | Płyn A\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płyn B\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płyn C \*/ jeśli występuje |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Końcówki do pipet / jeśli występują nietypowe | | | końcówek\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem: | | | | | | | | |  | - |  |

\* w tej rubryce proszę podać nazwę katalogową ( karty, odczynnika, buforu, końcówek lub płynu)

**Dzierżawa sprzętu do wykonania badań immunohematologicznych na 36 miesięcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Urządzenia | | Nazwa  fabryczna  urządzenia | Nr katalogowy | Ilość | Cena jednostkowa  netto PLN / miesiąc | Wartość netto  w PLN | VAT % | Wartość brutto  w PLN / 36 miesięcy |
| 1 | Analizator automatyczny  z wyposażeniem |  |  | 1 |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  | **-** |  |

**Wartość Załącznika nr 2 wynosi ogółem:**

netto zł .......................... brutto zł ............................ słownie : ……………………………………..……………..…

......................., dnia ........................ …..................................................

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

Podpis/y osoby/osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do

występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo