Zamawiający: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków Zał. nr 3 do SIWZ
Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………………………………………………....

**KALKULACJA CENOWA – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – Tabela 1 (po modyfikacji z 16.10.2017r.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  | Nazwa handlowaofer. produktu | Ilość oznaczeń(36 m-cy) | Ilość opak./rat dzierżawy | Czynsz netto za m-c | Cena netto1 opak. | Wartość netto | VAT% | Wartość VAT | Wartośćbrutto | Pełny numer katalog. | Producent | Nr i data ważn. świad. dopuszcz. |
| I. | **Odczynniki\*:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Białko C |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Białko S |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | APTT |  |  45000 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | PT |  |  45000 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | D-Dimery ilościowo |  |  18000 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Fibrynogen |  |  18000 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Lupus Antykoagulant |  |  1500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Aktywność czynnika Von Willebranta |  |  1500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Antygen czynnika Von Willebranta |  |  1500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Kofaktor Ristocetyny |  |  1500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Czynnik II |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Czynnik V |  |  600 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Czynnik V Lejden |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Czynnik VIII |  |  1800 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Czynnik IX |  |  1500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16.  | Czynnik VII |  |  450 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Czynnik X |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Czynnik XI |  |  900 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Czynnik XII |  |  900 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Czynnik XIII |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. | TT |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Czas Batotroksowy |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. | AT III w oparciu o czynnik Xa |  |  15 000 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24.  | AT III w oparciu o czynnik trombinowy |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25.  | Alfa 2 Antyplazmina |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. | PAI  |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. | C1 Inhibitor |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. | C1 Komplement |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Heparyna |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | Heparyna niskocząsteczkowa |  |  4500 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Test skiringowy do trombofilii |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Potencjał endogennej trombiny |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Plazminogen |  |  300 |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II. | **Dzierżawa analizatorów** **2 szt.** |  |   |  36 |  | - |  |  |  |  | - |  |  |
|  **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*zgodnie z dyrektywami UE i ustawą z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych
\*w przypadku produktów, które nie podlegają przepisom ust. z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych, wykonawca wypełnia kolumnę „Nr i data ważn. świad. dopuszcz.” wpisując nr
 dokumentu, który zobowiązany jest dołączyć do oferty

**UWAGA:**

**1. Tromboplastyna ludzka (nie rekombinowana) pochodzenia łożyskowego o ISI zbliżonym do 1,0 (+/-0,1)
2. Fibrynogen oznaczany zmodyfikowaną metodą Clauss`a bez wstępnego rozcieńczenia osocza**

………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………
 miejscowość, data podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

**Kalibratory, kontrole, inne odczynniki i materiały zużywalne, na podaną wyżej ilość w Tabeli 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa | Ilość opakowań | Cena netto 1 opakowania | Wartość netto | VAT % | Wartość VAT | Wartość brutto | Numer katalogowy |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………. ……………………………………………................................
miejscowość, data (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania wykonawcy)