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 handlowa ofer.  produktu | Ilość  oznaczeń (36 m-cy) | Ilość opak./rat dzierżawy | Czynsz  netto  za m-c | Cena netto 1 opak. | Wartość netto | VAT  % | Wartość VAT | Wartość  brutto | 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)