ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków Załącznik nr 3 do SIWZ

Nazwa Wykonawcy:.........................................................................................................

Adres Wykonawcy:...........................................................................................................

**KALKULACJA CENOWA – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Badanie** | **Zakres badania** | **Liczba badań** | **Asortyment** | **Nr kat.** | **Wielkość  opak.** | **Ilość op.** | **Cena jedn. opak. netto** | **Wartość netto** | **VAT%** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** | **Producent** |
| **1.** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
| **1** | **Próba zgodności** | Próba zgodności serologicznej, oznaczenie antygenów ABD u biorców i dawców, badanie przeglądowe na obecność p/c w teście PTA-LISS biorcy, właściwa próba krzyżowa w teście PTA-LISS | 6500 biorców + 12 000 dawców |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Dobranie krwi do 4 miesiąca** | Sprawdzenie grupy krwi w zakresie antygenów ADB biorcy i dawcy | 2000 biorców + 2000 dawców |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Noworodek – grupa krwi** | Grupa krwi z oznaczeniem antygenów ABO (2 serie lub klony) antygen D (2 klony), oraz BTA Poli | 2 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Grupa krwi** | Grupa krwi z oznaczeniem antygenów ABO (1 seria) antygen D (2 klony) izoaglutyniny wraz z przeglądowymi badaniami na obecność p/c w teście PTA-LISS | 13 000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Screening PTA** | Przeglądowe badanie na obecność p/c w teście PTA-LISS | 1 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | **Identyfikacja w PTA-LISS** | Panel 11 krwinkowy w teście PTA-LISS. 800 kart do testu PTA-LISS | **350** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Bezpośredni test antyglobulinowy IgG, C3d** |  | **100** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | **Fenotypy** | Oznaczenie fenotypu Rk/K | **500** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | **Kontrola** | Materiał kontrolny wg obowiązujących przepisów |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | **Płyny firmowe do analizatora** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | **Akcesoria do podanych ilości badań** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

Powyższa tabela musi zawierać wszystkie odczynniki (karty i krwi wzorcowe )i elementy zużywalne (np. diluenty, końcówki itd.) potrzebne do wykonywania podanej liczby badań na automacie w technologii mikrotestów kolumnowych z wyłącznikiem soli fizjologicznej i wody destylowanej

Termin ważności oferowanych mikrokart min. 5 miesięcy. Termin ważności od daty dostawy: kart/ kaset min. 5 m-cy, krwinek- umożliwiający wykonanie badań w okresie 1 m-ca. Termin realizacji zamówienia do 14 dni kalendarzowych od chwili otrzymania zamówienia – karty i odczynniki , natomiast krwinki wzorcowe wg harmonogramu.

**UWAGA:  
1) DO OFERTY NALEŻY ZAŁĄCZYĆ MATERIAŁY INFORMACYJNE DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW NIEZBĘDNYCH DO DOKONANIA OCENY JAKOŚCIOWEJ: ULOTKI, INSTRUKCJE, FOLDERY – dotyczy kryterium „Materiał kontrolny zawierający przeciwciała anty-D lub/i anty-Fya oraz surowice pozbawione przeciwciał” oraz kryterium „Możliwość przygotowania zawiesin krwinek wzorcowych pacjentów w roztworze PBS”**

........................................................................... ……………………………………………………………………………………….

miejscowość, data (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)