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)