**Załącznik nr 2 do SWZ**

………………………………………………

*Nazwa Wykonawcy*

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**PAKIET 2**

**Dostawa pasków testowych do oznaczania MIC antybiotyku**

Wymagania:

1. Termin ważności pasków testowych minimum 12 miesięcy licząc od dnia dostawy.
2. Paski plastikowe lub celulozowe pakowane po 10 sztuk, każdy pasek pakowany osobno z pochłaniaczem wilgoci.
3. Na każdym pasku czytelny skrót nazwy antybiotyku i gradient stężenia.
4. Gradient stężeń w zakresie 0,002-32 µg/ml lub 0,016-256 µg/ml.
5. Wykonawca dostarczy certyfikaty ISO 9001 i ISO 13485; aktualne certyfikaty kontroli jakości, w języku polskim wraz z każdą dostawą.
6. Wykonawca dołączy karty charakterystyki produktu w języku polskim na płycie CD wraz z pierwszą dostawą.
7. Paski muszą pochodzić od jednego producenta.
8. Na wezwanie Zamawiającego należy dołączyć pozytywną opinię KORLD.

…………………….………………………………………

*(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)*

**Zestawienie kosztów pasków testowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa antybiotyku**  **zawartego w pasku** | **Liczba pasków na okres**  **24 m-cy** | **Wielkość opakowa**  **nia** | **Liczba opakowań na 24 m-ce** | **Cena netto** **za 1 opakowanie** | **Wartość netto**  **na 24 m-ce** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **na 24 m-ce** | **Nr katalogowy Nazwa producenta** |
| **1** | Penicylina G | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Ampicylina | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Ceftriaxon | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Cefotaksym | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Ceftazydym | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Wankomycyna | 150 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Teicoplanina | 150 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Meropenem | 150 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Imipenem | 150 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Tigecyklina | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Rifampicyna | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Ampicillin/Sulbactam | 60 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Cefepime | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | Fosfomycyna iv | 20 pasków | 10 sztuk |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | **x** | **x** | **x** | x |  | x |  |  | **x** |

Uwaga !

Wartość zamówienia za okres 24 miesięcy należy przenieść do formularza ofertowego.

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

*(miejscowość i data) (podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)*