Nr referencyjny: TZ.282.4.2021

Załącznik nr 5 do Zaproszenia do składania ofert cenowych

Załącznik nr 1 do umowy TZ.TA.282.4.4.2021

(pieczęć adresowa wykonawcy)

**Formularz cenowo – techniczny dla zadania nr 4**

1. Przedmiotem zamówienia są sukcesywne dostawy odczynników chemicznych, zwanych dalej wyrobami.

2. Wykonawca oświadcza, że oferowany produkt w ramach niniejszego zadania posiada ważne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej - zgodnie z obowiązującym prawem. Kopie przedmiotowych dokumentów oraz charakterystyki produktu zostaną przekazane Zamawiającemu niezwłocznie na jego wniosek.

3. Wykonawca oferuje się, poszczególne dostawy wyrobów realizować w terminie do 5 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pośrednictwem faksu na numer: ……………………………….… lub pocztą elektroniczną na adres e-mail: ………………………………………... Za dni robocze przyjmuje się dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

4. Wykonawca oferuje realizację niniejszego zamówienia za cenę .................................... złotych, słownie złotych: ................................................................................................................................, zgodnie z poniższą kalkulacją :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Przedmiot zamówienia – zadanie nr 4** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto6=4x5** | **Stawka VAT %** | **Cena jednostkowa brutto****8=9/4** | **Wartośćbrutto9=6+7** | **PRODUCENT/ Nazwa własna lub inne określenie identyfikujące wyrób w sposób jednoznaczny, np. numer katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | **Spray do utrwalania wszelkich rozmazów i cytologii ginekologicznej typu BIO FIX, op. a 150 ml** | op. | 60 |   |   |   |   |   |   |
| 2. | **Gotowy preparat do mrożenia tkanek i wycinków typu CRYO SPRAY, op. a 400 ml -** | op. | 25 |   |   |   |   |   |  |
| 3. | **Hematoksylina Mayera, op. a 1000 ml -** | op. | 25 |   |   |   |   |   |  |
| 4. | **Eozyna wodna, op. a 1000 ml -** | op. | 25 |   |   |   |   |   |  |
| 5. | **Odwapniacz elektrolityczny, op. a 1000 ml** | op. | 30 |   |   |   |   |   |  |
| 6. | **Medium mrożeniowe do kriostatu typu Killik, przezroczyste, op. a 120 ml** | op. | 18 |   |   |   |   |   |  |
| 7. | **Preparat do usuwania parafiny z mikrotomów i urządzeń histologicznych nie zawierający ksylenu op. a 118 ml** | op. | 15 |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

.............................................., dnia ................... 2021 r.

 ............................................................

*czytelny podpis lub parafa i pieczęć imienna
osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy*