

[illegible]

53.	Hepatocyte Clone OCH1E5	6 miesięcy	
54.	HSV Type1 Polyclonal	12 miesięcy	
55.	IgA Polyclonal	6 miesięcy	
56.	IgG Polyclonal	6 miesięcy	
57.	IgM Polyclonal	6 miesięcy	
58.	Inhibin α Clone R1	6 miesięcy	
59.	Kappa Light Chains Polyclonal	12 miesięcy	
60.	Lambda Light Chains Polyclonal	12 miesięcy	
61.	Ki-67 Clone MIB1	6 miesięcy	
62.	Mammaglobin Clone 304-1A5	12 miesięcy	
63.	Melanosome Clone HMB-45	6 miesięcy	
64.	MUM1 Protein Clone MUM1p	6 miesięcy	
65.	MutL Protein Homolog 1 Clone ES05	12 miesięcy	
66.	MutS Protein Homolog 2 Clone FE11	12 miesięcy	
67.	MutS Protein Homolog 6 Clone EP49	12 miesięcy	
68.	Myeloperoxidase Polyclonal	6 miesięcy	
69.	Myogenin Clone F5D	12 miesięcy	
70.	Neurofilament Protein Clone 2F11	12 miesięcy	
72.	p16 Clone JC8	6 miesięcy	
73.	p40 Clone DAK-p40	6 miesięcy	
74.	P53 Protein Clone DO-7	6 miesięcy	
75.	P63 Protein Clone DAK-p63	6 miesięcy	
76.	Postmeiotic Segregation Increased 2 Clone EP51	12 miesięcy	
77.	Progesteron Receptor Clone PgR 1294	6 miesięcy	
78.	Renal Cell Carcinoma Marker Clone SPM314	12 miesięcy	
79.	S100 Polyclonal	6 miesięcy	
80.	Smooth Muscle Actin Clone 1A4	6 miesięcy	
81.	Synaptophysin Clone DAK-SYNAP	6 miesięcy	
82.	Thyroglobulin Polyclonal	6 miesięcy	
83.	Vimentin Clone V9	6 miesięcy	
84.	Von Willebrand Factor Polyclonal	6 miesięcy	
85.	Odczynnik kontroli negatywnej dla przeciwciał mysich	12 miesięcy	
86.	Odczynnik kontroli negatywnej dla przeciwciał króliczych	12 miesięcy	

[illegible]

6.		6 miesięcy											
7.		6 miesięcy											
8.		6 miesięcy											
9.		6 miesięcy											
10.		6 miesięcy											
E.	Zestawy diagnostyczne	Minimalny termin	Ilość w opakowaniu	Zamawiana ilość	Zamawiana ilość op.	Producent	Nr katalogowy	Cena jedn. netto za	Cena jedno. brutto za	Wartość netto	stawka VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto
1.	Zestaw do oznaczania ekspresji PD-L1 Clone 22C3 (musi zawierać przeciwciało swoiste i odczynnik kontroli negatywnej).	4 miesiące		1 200									
F.	Dotyczy Części E. Pozostałe odczynniki uzupełniające, materiały zużywalne, wg. zaleceń producenta	Minimalny termin ważności odczynników	Ilość testów w opakowaniu	Zamawiana ilość oznaczeń	Zamawiana ilość op.	Producent	Nr katalogowy	Cena jedn. netto za opakowanie	Cena jedno. brutto za opakowanie	Wartość netto	stawka VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto
1.		4 miesiące											
2.		4 miesiące											
Lp.	Dzierżawa aparatury	Jednostka rozliczeniowa	Ilość miesięcy dzierżawy		Zamawiana ilość	Producent	Nazwa aparatu	Stawka miesięczna netto	Sstawka miesięczna brutto	Wartość netto	stawka VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto
1	Aparat musi zapewnić w pełni automatyczne wykonanie powyższych testów IHC. Wymagania podane w załączniku nr 2.	1 miesiąc	24		1 aparat								
Razem													

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym powyżej na kwotę:
BRUTTO: PLN słownie: PLN
NETTO: PLN słownie: PLN
2. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres (min. 30 dni) licząc od daty wyznaczonej jako termin składania ofert.
3. Termin płatności: 30 dni licząc od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
4. Termin realizacji /dostawy: zobowiązuję się do wykonywania dostaw sukcesywnych w terminie maksymalnie do.....dni roboczych, na podstawie składa-nych przez Zamawiają-cego zamówień ilościowo-asortymentowych, licząc bieg terminu od dnia otrzymania zamówienia Zamawiającego),
5. Oświadczam, że termin przydatności na dostarczony asortyment wynosi.....miesiący liczony od dnia odbioru asortymentu przez Zamawiającego.

data, pieczętka i podpis Wykonawcy

.....