**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 1**

**Nazwa i kod CPV:** **33696500-0 Odczynniki laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **Insulin from bovine pancreas** | 500 mg | 1 |  |  |  |
| 2. | **Growth Factor Reduced (GFR) Basement Membrane Matrix** | 10 ml | 4 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 1):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**ormularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 2**

**Nazwa i kod CPV: 33696500-0 Odczynniki laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **Basal Cell Culture Medium (Advanced DMEM/F‑12 type) (10 x 500 mL)** | 10 x 500 mL | 2 |  |  |  |
| 2. | **Amino-endo peptidase (neutral protease), powder** | 5g | 1 |  |  |  |
| 3. | **Gentamicin (10 mg/mL)** | 100 ml | 5 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 2):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 3**

**Nazwa i kod CPV: 19520000-7 Produkty z tworzyw sztucznych; 33696300-8 — Odczynniki laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **Disposable Optical Plastic Counting Chambers** | 50 pc | 5 |  |  |  |
| 2. | **Methanol ≥99.8%** | 1L | 3 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 3):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 4**

**Nazwa i kod CPV: 19520000-7 Produkty z tworzyw sztucznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **1000mL Vacuum filter system, sterile** | 12 pc | 3 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 4):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 5**

**Nazwa i kod CPV: 33696500-0 Odczynniki laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **Acridine Orange/Propidium Iodide Stain** | 1 pc | 2 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 5):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 6**

**Nazwa i kod CPV: 19520000-7 Produkty z tworzyw sztucznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **96-well plate, polypropylene, without lid** | 100 pc | 2 |  |  |  |
| 2. | **96 Well Plate, U-bottom, with lid** | 240 pc | 1 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 6):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………

**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 27 02 2026 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 7**

**Nazwa i kod CPV: 33141625-7: Zestawy diagnostyczne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto PLN za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto PLN (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **DNA/RNA purification Kit** | 50 minipreps | 1 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 7):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………