Załącznik nr 1 do SWZ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **Wymagania/****materiał do badania/ inne** | **j.m.** | **ILOŚĆ/****24 M-CY** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Vat %** | **Wartość** **brutto** | **Podać: Producenta/ nazwę handlową/ wszystkie nr. katalogowe producenta – jeśli dotyczy\*\*** | **Podać klasę oferowanego wyrobu zgodnie  z regułami klasyfikacji wyrobów zawartymi w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 – jeśli dotyczy** |
| **1.** | **Panel drogi oddechowe**  | **Wymaz z nosogardzieli** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **2.** | **Panel dolne drogi oddechowe**  | **BAL, mini BAL,plwocina ,aspirat tchawiczy** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **3.** | **Panel -zakażenia krwi** | **Krew ( dodatnia w aparacie)** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **4.** | **Panel -zakażenia oun** | **Płyn mózgowo-rdzeniowy** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **5.** | **Panel -zakażenia oun** | **Płyn mózgowo-rdzeniowy** | opak. A'6 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **6.** | **Panel -zakażenia przewodu pokarmowego** | **Kał** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **7.** | **Panel -zakażenia przewodu pokarmowego** | **Kał** | opak. A'6 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **8.** | **Panel-zakażenia stawów** | **Płyn stawowy** | opak. A'30 szt.  | 2 |  |  |   |  |  |  |
| **9.** | **Odczynniki lub podłoża niezbędne do wykonania testów**  | **Jeśli dotyczą Proszę wymienić** | kpl. | 2 |  |  |   |  |  |  |
| OGÓŁEM: |  |  |  |  |  |  |

\*- dotyczy braku numeru katalogowego – w przypadku występowania e ramach jednej pozycji asortymentowej kilku jej rozmiarów Wykonawca musi podać producenta dla zaoferowanego rozmiaru w tabeli.

 Dostawca zapewnia transport przedmiotu zamówienia w warunkach wymaganych przez producenta ww. asortymentu.