

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY ODCZYNNIKÓW IMMUNODIAGNOSTYCZNYCH
DO OFEROWANEGO ANALIZATORA**

Lp.	Nazwa	Nr katalogowy	Czułość odczynnika		Ilość oznaczeń na 24 miesiące	Wielkość opakowania	Ilość opak.	Cena 1 opak. netto	Wartość netto	VAT %	Wartość brutto
			Pożądana	Oferowana							
1	FT3		0,26 pg/ml		2 400						
2	FT4		0,023 ng/dl		3 600						
3	TSH		0,005 µIU/ml		24 000						
4	Anty TPO		5,00 IU/ml		1 500						
5	Anty TSH R		0,3 IU/ml		300						
6	Anty TG		10 IU/ml		1 000						
7	FSH		0,1 mIU/ml		500						
8	LH		0,1 mIU/ml		300						
9	Prolaktyna		0,05 ng/ml		600						
10	Progesteron		0,03 ng/ml		500						
11	Estradiol		5,0 pg/ml		600						
12	Testosteron		0,025 ng/ml		400						
13	DHEAS		0,1 µg/dl		400						
14	Kortyzol (surowica, moczu)		0,018 µg/dl		400						
15	Total PSA		0,002 ng/ml		5 600						

16	Witamina D 25(OH) total		3,0 ng/ml		1 200						
17	Anty CCP		7,0U/ml		300						
18	Antygen Hbs		0,1 IU/ml		1 800						
19	P-ciała anty-Hbs		-	-	1 200						
20	P-ciała anty- HCV		-	-	1 600						
21	Toxo IgG		0,125 IU/ml	-	1 000						
22	Toxo IgM		-	-	1 000						
23	Toxo IgG avidność		-		200						
24	CMV IgM		-	-	600						
25	CMV IgG		0,25 U/ml	-	600						
26	CMV IgG avidność		-		200						
27	Rubella IgM		-	-	400						
28	Rubella IgG		0,17 IU/ml	-	400						
29	P-ciała anty-HIV1/2 p24		-	-	1 200						
30	Kalibratory		-	-	wg metodyki						
31	Kontrole		-	-	wg harmonogramu						
32	Materiały zużywalne		-	-	wg potrzeb						
RAZEM:										x	

Lp.	Nazwa	Okres ważności liczony od daty dostawy	
		Pożądany	Oferowany
1	Odczynniki	Min. 6 miesięcy	
2	Kalibratory	Min. 6 miesięcy	
3	Kontrole	Min. 6 miesięcy	

....., dnia

.....
*/podpis i pieczęć imienna Wykonawcy lub osoby
upoważnionej do jego reprezentowania /*