**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Załącznik nr 1 do Umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY** | | | | | | | | | **L.p.** | **Nazwa badania** | **Ilość** | **JM** | **Cena netto /zł/** | **Wartość netto /zł/** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto /zł/** | |  | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  | | **BADANIA KOAGULOLOGICZNE**  Wymagania:  Badania będą przeprowadzone metodą fotooptyczną w próbkach osocza oznaczonych nr donacji.  Badania muszą być wykonywane przez ośrodki zlokalizowane w pobliżu jednostek zlecających, niezwłocznie po otrzymaniu próbek.  Nie dopuszcza się możliwości zamrożenia materiału i wykonania oznaczenia w późniejszym terminie.  Badania będą wykonywane zgodnie z ustalonymi procedurami i zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej (GLP).  Podstawą do wykonania badania będzie pisemne zlecenie.  Świadczone usługi będą wykonywane przez osoby posiadające stosowne uprawnienia i kwalifikacje.  Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli u Przyjmującego zamówienie w zakresie zgodności realizacji z zasadami GLP. | | | | | | | |  | | **Badania koagulologiczne dla potrzeb Terenowej Stacji WCKiK SPZOZ w Bydgoszczy, ul. Powstańców Warszawy 5; 85-915 Bydgoszcz** | | | | | | | |  | | 1. | Oznaczenie aktywności F VIII w osoczu | badanie | 160 |  | - | zw. | - |  | | **Wartość ogółem:** | | | | |  | **zw.** |  |  | |  |  |  |  | ……………………………………………… (data i podpis Oferenta) |
| ………………………………………………   (data i podpis Oferenta) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |