

**Pakiet nr 1 - Przeciwciała w gotowych rozcieńczeniach oraz barwniki do preparatów mikroskopowych z formaliny i parafiny skrawków mrożonych i rozmazów cytologicznych.  
Kod CPV 33696500-0.**

L. p.	Nazwa oznaczenia	Wpisać nazwę odczynnika oraz nr katalogowy	Jednostka miary/ test	Szacunkowa ilość testów na 12 m-cy	Ilość opakowań na 12 m-cy	Cena jednostkowa netto	Wartość netto w zł (kol. 6 x 7)	Podatek VAT od wartości z kol. 8 w %	Wartość brutto w zł [(kol.8 x 9) + kol. 8]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	CD-3			150					
2	CD-20			150					
3	CD-30			150					
4	CD-34			150					
5	CD-45			100					
6	CD-68			100					
7	CD-56			100					
8	CD-10			100					
9	CD-117			150					
10	Cytokeratin (Pan)			250					
11	Cytokeratin-5-6			200					
12	Cytokeratin-7			150					
13	Cytokeratin-19			150					
14	Cytokeratin-20			150					
15	Desmina			100					
16	Melanosome clone HMB 45			100					
17	Vimentin			100					
18	NSE			100					

19	S-100			150				
20	GFAP			100				
21	Estrogen			100				
22	Progesteron			90				
23	EMA			100				
24	Synaptophysin			100				
25	Chromogranin			150				
26	Kalcitonin			100				
27	Aktyna			100				
28	Ki-67			150				
29	Thyroid Transcription FA			100				
30	Kalretinin			100				
31	E-codherin			100				
32	DOG 1			100				
33	p-16			100				
34	PSA			100				
35	Bcl 2			100				
36	p-53			100				
37	CEA			100				
38	Błękit alcjanowy/PAS			2500				
39	Włókna elastyczne			80				
40	Giemsa			2500				
41	Mucykarmin			100				
42	Congo			60				
43	AFB			100				
44	Trichrome Blue			150				
	<b>RAZEM</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>

**Bezwzględne wymagania:**

1. W kol. nr 6 - proszę podać liczbę opakowań przy założeniu, że na skrawek tkankowy zużycie roztworu wynosi 200µl
2. W kol. nr 6 – ilość opakowań na 12 miesięcy proszę zaokrąglić do całości opakowania w górę.

3. Data ważności nie może być krótsza niż 12 miesięcy od daty zamówienia.
4. Wymagane szkolenie i konsultacja na miejscu w Zakładzie Patomorfologii.
5. Karty charakterystyki w języku polskim do wszystkich odczynników wraz z dostawą.
6. Dzierżawa sprzętu do automatycznego barwienia immunohistochemii.
7. Dzierżawa sprzętu do automatycznego barwienia histochemii.

.....  
*/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/*

Do testów z Załącznika nr 2/1: wykonawca musi dołączyć wszystkie dodatkowe odczynniki i materiały niezbędne do wykonania podanej ilości oznaczeń a w tym: polimerowy uniwersalny system detekcyjny (anty myszy / anty króliczy) i inne odczynniki niezbędne np: DAB, enzymy, bufor, roztwory do odsłaniania epitopów, blok endogennej peroksydazy oraz środek do zamykania preparatów oparty na ksylenie, izolator do obrysowywania tkanek.

Proszę wpisać nazwy wraz z niezbędnymi ilościami w poniższej tabeli.

L. p.	Nazwa oznaczenia	Wpisać nazwę odczynnika oraz nr katalogowy	Jednostka miary	Szacunkowa ilość na 12 m-cy	Ilość opakowań na 12 m-cy	Cena jednostkowa netto	Wartość netto w zł (kol. 5 x 6)	Podatek VAT od wartości z kol. 8 w %	Wartość brutto w zł [(kol.8 x 9) + kol. 8]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
	<b>RAZEM</b>								

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/

## Pakiet nr 1 – Formularz dzierżawy

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednost. netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 5 x 6)	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł [(kol. 7 x kol. 8) + kol. 7]	Nazwa producenta
1	2	4	5	6	7	8	9	10
1	Dzierżawa sprzętu do automatycznego barwienia immunohistochemii wraz z oprogramowaniem.	miesiąc	12					
2	Dzierżawa aparatu do barwień histochemicznych wraz z oprogramowaniem.	miesiąc	12					
<b>RAZEM:</b>		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

**Przedmiot zamówienia: Dzierżawa sprzętu do automatycznego barwienia immunohistochemii.**

Nazwa urządzenia:..... Typ:.....Rok produkcji: .....

Producent:.....Kraj pochodzenia:.....

L. p.	Parametry	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	- aparat do wykonywania barwień immunohistochemicznych w pełni automatyczny	TAK	
1	- możliwość wykonywania reakcji IHS oraz ISH na jednym preparacie	TAK	
2	- etapy wykonywane na pokładzie aparatu, bez stosowania dodatkowych przystawek, powinny obejmować: deparafinizację, odsłanianie antygenu, wszystkie etapy reakcji antygen-przeciwciała, podbarwienie tła.	TAK	
3	- aparat zabezpieczający tkankę przed wysychaniem.	TAK	
4	- aparat zabezpieczający odczynniki przedkontaminacją, bezigłowy	TAK	
5	- możliwość jednorazowego barwienia 20 preparatów z użyciem min. 15 różnych protokołów	TAK	
6	- możliwość stosowania różnych protokołów w jednym cyklu pracy	TAK	
7	- Aparat nie starszy niż z 2011 roku	TAK	

**Uwaga.**

1) Niespełnienie któregośkolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH GRANICZNYCH

Przedmiot zamówienia: Dzierżawa aparatu do barwień histochemicznych.

Nazwa urządzenia:..... Typ:.....Rok produkcji: .....

Producent:.....Kraj pochodzenia:.....

L. p.	Parametry	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	- aparat do wykonywania barwień histochemicznych w pełni automatyczny	TAK	
2	- etapy wykonywane na pokładzie aparatu to; deparafinizacja, reakcja barwna, podbarwienie tła	TAK	
3	- aparat zabezpieczający tkankę przed wysychaniem bez konieczności stosowania dodatkowych nakładek	TAK	
4	- możliwość jednorazowego barwienia 20 preparatów z użyciem różnych protokołów w jednym cyklu pracy	TAK	
5	- Aparat nie starszy niż z 2012 roku	TAK	

**Uwaga.**

1) Niespełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/

Pakiet nr 2 : Zakup i dostawy surowic do aglutynacji szkiełkowej.

L. p.	Przedmiot zamówienia	Nr katalogowy <sup>2/</sup> nazwa produktu	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa netto w zł	Wartość netto w zł (kol. 5 x 6)	Stawka podatku VAT w %	Wartość brutto w zł [(kol. 7 x kol. 8) + kol. 7]	Nazwa producenta
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<b><u>Surowice do aglutynacji szkiełkowej</u></b>								
1	surowica HM		op.	4 a 5ml					
2	Surowica dla antygeny DO		op.	3 a 5ml					
3	Surowica dla antygeny CO		op.	2 a 5ml					
4	Surowica dla antygeny BO		op.	2 a 5ml					
5	Surowica Shigella boydii 1-7		op.	1 a 5ml					
6	Surowica Schigella boydii 8-11		op.	1 a 5ml					
7	Surowica Schigella boydii 12-15		op.	1 a 5ml					
8	Surowica Schigella sonnei		op.	1 a 5 ml					
9	Surowica Schigella flexneri		op.	1 a 5ml					
10	Surowica Salmonella dla antygeny AO		op.	2 a 5ml					
11	Surowica Salmonella dla antygeny EO		op.	2 a 5ml					
12	Surowica Salmonella dla antygeny O9		op.	3 a 5ml					
13	Surowica Salmonella dla antygeny Hgm		op.	3 a 5ml					
	<b>RAZEM</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>

Bezwzględne wymagania:

1. Termin ważności 12 miesięcy od daty dostawy,
2. W przypadku, gdy nie jest możliwa dostawa dokładnej ilości wyszczególnionych w tabeli odczynników z powodu sposobu konfekcjonowania przez Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza modyfikację tych ilości przy zastosowaniu zasad zaokrąglania w górę tj. zaoferowania takiej ilości opakowań (zestawów), którą Zamawiający będzie musiał
3. <sup>2</sup> W przypadku braku numeru katalogowego należy wpisać nazwę lub oznaczenie, które będzie występować na fakturze VAT.

.....  
/podpis oraz pieczęć osoby lub osób uprawnionych/