……………………………………………… ***Załącznik Nr 2 do SIWZ***

*Nazwa Wykonawcy*

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**PAKIET 7**

**Dostawa testów do oznaczania MIC dla kolistyny**

Wymagania:

1. Termin ważności minimum 12 miesięcy licząc od daty dostawy.
2. Test manualny z kontrolą wzrostu badanego szczepu.
3. Odczynniki do wykonywania testu w zestawie.
4. Odczyt wyników wzrokowy.
5. Wykonawca wraz z każdą dostawą dołączy instrukcję wykonania testu, metodykę i interpretację wyników w języku polskim.
6. Wykonawca dołączy karty charakterystyki produktu w języku polskim na płycie CD wraz z pierwszą dostawą.

…………………….………………………………………

*(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)*

**Zestawienie kosztów testów i odczynników**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu**  **i jego opis** | **Ilość produktu**  **na okres**  **24 m-cy** | **Rodzaj /wielkość jednostki** | **Cena netto**  **za 1 jednostkę** | **Wartość netto**  **na 24 m-ce** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **na 24 m-ce** | **Nr katalogowy**  **Nazwa producenta** |
| **1** | **Test do oznaczania MIC dla kolistyny** metodą rozcieńczeń w bulionie | 120  oznaczeń | 1 oznaczenie |  |  |  |  |  |  |

Uwaga !

Wartość zamówienia za okres 24 miesięcy należy przenieść do formularza ofertowego.

……………………………………. …………………….………………………………………

*(miejscowość i data) (podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby)*