*Załącznik Nr 3 do zaproszenia*

 *AT.Z.2150.29.5.2023*

*..............................................*

*(pieczęć Wykonawcy)*

**OFERTA CENOWA**

**Testy alergologiczne i autoimmunologiczne z dzierżawą wyposażenia koniecznego do przeprowadzenia badań**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment/nazwa własna | j. m. | Ilość | Cena jedn netto (w PLN) | Stawka podatku VAT (w %) | Cena jedn brutto (w PLN)( 5+6) | Łączna cena netto(w PLN)(4 x 5) | Łączna cena brutto(w PLN)(8 + 6) | Producent |
| **1** | **3** |  | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1** | Panel pokarmowy , co najmniej 27 alergenów + CCD. | ozn. | 240 |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Panel pokarmowy , co najmniej 10 alergenów + CCD ( wymagane mleko, jajko). | ozn. | 48 |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Panel wziewny , co najmniej 20 alergenów + CCD. | ozn | 168 |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Panel rekombinanty jady owadów + CCD. | ozn | 32 |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Panel mleko i gluten (lub gluten zawarty w innym zamawianym panelu), co najmniej 5 alergenów. | ozn | 48  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Panel rekombinanty pyłki, co najmniej 10 antygenów +CCD. | ozn | 32 |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Panel celiakia IgA. | ozn | 656 |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Panel celiakia IgG. | ozn | 108 |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Panel wątrobowo – nerkowy / lub rozdzielne panele. | ozn | 48/48 |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Panel reumatoidalny, co najmniej 18 antygenów. | ozn | 96 |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Panel komponenty jaj kurzego ( Gal d 1,2,3,4) *lub antygeny Gal d występują w innym zamawianym i zaoferowanym panelu.*  | ozn | 60 |  |  |  |  |  |  |
| **12** | Panel pediatryczny, co najmniej 27 alergenów + CCD. | ozn | 168 |  |  |  |  |  |  |
| **13** | Dzierżawa wytrząsarki laboratoryjnej………………. | - | 24 miesiące |  |  |  |  |  |  |
| **14** | Dzierżawa skanera z oprogramowaniem …………………… | - | 24miesiące |  |  |  |  |  |  |
| **X** | **X** |  | **X** | **X** | **X** | **X** |  |  | **X** |

Wartość brutto (słownie).............................................................................................................

 ( podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej \*)

* *niepotrzebne skreślić*