**ZP/UR/103/2016 Załącznik nr 1.1 do siwz**

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 1: Dostawa materiałów jednorazowego użytku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Rękawiczki nitrylowe, bezpudrowe, roz. M | szt. | 500 |  |  |
| 2 | Rękawiczki nitrylowe, bezpudrowe, roz. L | szt. | 500 |  |  |
| 3 | Probówki stożkowe o pojemności 1,5 ml, z zabezpieczeniem przed samootwarciem | szt. | 1000 |  |  |
| 4 | Probówki stożkowe o pojemności 1,5 ml, z zakrętką, wolne od DNA i RNA, | szt. | 1000 |  |  |
| 5 | Probówki o pojemności 0,2 ml, w paskach po 8 sztuk, przeźroczyste, każda probówka z osobnym wieczkiem, wypukłe wieczka, przeznaczone do PCR | szt. | 1000 |  |  |
| 6 | Probówki o pojemności 15 ml, sterylne, | szt. | 100 |  |  |
| 7 | Probówki stożkowe o pojemności 50 ml, z zakrętką, sterylne, | szt. | 50 |  |  |
| 8 | Końcówki o poj. 10 ul, w worku, długość min. 40 minimetrów, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 2000 |  |  |
| 9 | Końcówki o poj. 100 ul, w worku, niskoretencyjne, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 1000 |  |  |
| 10 | końcówki o poj. 1000 ul, w worku, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 4000 |  |  |
| 11 | końcówki o poj. 10 ul, sterylne z filtrem, długość min. 40 minimetrów, w rakach, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 960 |  |  |
| 12 | końcówki o poj. 100 ul, sterylne z filtrem, w rakach, niskoretencyjne, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 960 |  |  |
| 13 | końcówki o poj. 1000 ul, sterylne z filtrem, w rakach, kompatybilne do pipet typu Eppendorf | szt. | 960 |  |  |
| 14 | Bibuły filtracyjne typu Whatmana nr 4, | krążki | 100 |  |  |
| 15 | Probówko –strzykawki z EDTA o poj. 5 ml, do pobierania próżniowego, kompatybilne do igieł typu Monovette- | szt. | 100 |  |  |
| 16 | Probówko –strzykawki z heparyną o poj. 5 ml, do pobierania próżniowego, kompatybilne do igieł typu Monovette | szt. | 100 |  |  |
| 17 | Igły do probówko-strzykawek do pobierania próżniowego typu Monovette | szt. | 100 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\*RAZEM:**

**Wartość netto: ………………………………………..zł**

**Wartość VAT - ……………………………………… zł**

**Wartość brutto ………………………………………zł**

 **\***powyższe wartości należy przenieść do formularza oferty (Druk „Formularz Oferty”) – załącznik nr 1 do siwz

…..................., dnia ….................

 ……………………………………………….

 *(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji)*

**ZP/UR/103/2016 Załącznik nr 1.2 do siwz**

**(po zmianie treści siwz z dnia 15.12.2016r.)**

**FORMULARZ CENOWY**

**Zadanie nr 2: Dostawa odczynników do biochemii**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu**  | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość brutto** |
| 1 | TRIS-BASE przeznaczony do przygotowywania buforu do elektroforezy | gram | 500 |  |  |
| 2 | EDTA uwodniony przeznaczony do przygotowywania buforu do elektroforezy | gram | 500 |  |  |
| 3 | Kwas borowy przeznaczony do przygotowywania buforu do elektroforezy | gram | 500 |  |  |
| 4 | Woda ultraczysta wolna od DNAz i RNAz (Nuclease-Free Water) | ml | 500 |  |  |
| 5 | Kwas L-askorbinowy CZ.D.A | gram | 500 |  |  |
| 6 | Octan retinylu CZ.D.A | mg | 100 |  |  |
| 7 | Kwas trójchlorooctowy CZ.D.A. | gram | 100 |  |  |
| 8 | Nukleotydy przeznaczone do PCR, 100 mM, każdy w osobnej fiolce, | ul | 4x100ul |  |  |
| 9 | Barwnik do DNA, nietoksyczny, niemutagenny, przeznaczony do elektroforezy DNA, do barwienia żelu  | ml | 1 |  |  |
| 10 | Enzym polimeraza Taq do amplifikacji trudnych matryc DNA, bogatych w pary zasad GC, z buforem zawierającym jony magnezu (15mM MgCl2) | U | 2000 |  |  |
| 11 | Eter naftowy CZ.D.A.  | l | 2 |  |  |
| 12 | Kwas foliowy CZ.D.A | gram | 1 |  |  |
| 13 | Odczynnik Folina do oznaczania kwasu askorbinowego | ml | 100 |  |  |
| 14 | Enzym restrykcyjny Hha1 | U | 2000 |  |  |
| 15 | Enzym restrykcyjny Apa1 | U | 3000 |  |  |
| 16 | Enzym restrykcyjny MspI (HpaII) | U | 3000 |  |  |
| 17 | Enzym restrykcyjny BstUI | U | 500 |  |  |

**\*RAZEM:**

**Wartość netto: ………………………………………..zł**

**Wartość VAT - ……………………………………… zł**

**Wartość brutto ………………………………………zł**

 **\***powyższe wartości należy przenieść do formularza oferty (Druk „Formularz Oferty”) – załącznik nr 1 do siwz

…..................., dnia ….................

 ……………………………………………….

 *(podpisy osób upoważnionych do reprezentacji)*