**Załącznik nr 1 do SWZ  
Nr postępowania: 353/2022/TP/DZP**

**FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA /FORMULARZ CENOWY**

**Tytuł zamówienia:** „**Dostawa jednorazowa specjalistycznych odczynników chemicznych oraz asortymentu laboratoryjnego do jednostek organizacyjnych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie”.**

**Wykonawca wypełnia formularz w części/częściach, na które składa ofertę.**

**Część 1 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | NAD+/NADH  Assaykit) | Mak460-1KT | 96 dołków/reakacji | 3 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 2 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | EpiQuik Total Histone H3 Acetylation Detection Fast Kit (Colorimetric) | P-4030-96 | 96 dołków/reakcji | 3 |  |  |  |
|  | EpiQuik Total Histone H4 Acetylation Detection Fast Kit (Colorimetric) | P-4032-96 | 96 dołków/reakcji | 3 |  |  |  |
|  | EpiQuik Total Histone Extraction Kit | OP-0006-100 | 100 reakcji | 3 |  |  |  |
|  | Epigenase™ HDAC Activity/Inhibition Direct Assay Kit (Colorimetric) | P-4034-96 | 96 dołków/reakcji | 3 |  |  |  |
|  | Epigenase Universal SIRT Activity/Inhibition Assay Kit (Colorimetric) | P-4036-96 | 96 dołków/reakcji | 3 |  |  |  |
|  | EpiQuik Nuclear Extraction Kit | OP-0002-1 | 100 reakcji | 3 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 3 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Idylla MSI  Mutation Test | A0100/6 | Opakowanie=6 sztuk | 5 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 4 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Pierwszorzędowe przeciwciała monoklonalne (nieskoniugowane) skierowane przeciw ludzkim TCR gamma/delta ( Gamm delta T cells/γδ T cells) | Orb371930 | 100 ug | 2 |  |  |  |
|  | Pierwszorzędowe przeciwciała (nieskoniugowane)przeciw ludzkiej PAD-4 | Orb556890 | 100 ul | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 5 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Mysie przeciwciała skierowane przeciw ludzkim (skoniugowane z FITC) Vγ9 TCR | 555732 | 0,1 mg | 1 |  |  |  |
|  | Mysie przeciwciała skierowane przeciw ludzkim (skoniugowane z FITC) Vδ2 TCR | 555738 | 0,1 mg | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 6 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | **Chromium Next GEM Single Cell 3' Kit v3.1, 4 rxns**  Zestaw odczynników do przygotowania bibliotek genomowych z pojedynczych komórek kompatybilny z systemami 10X Genomics; w skład zestawu wchodzą kulki żelowe oraz enzymy i bufory niezbędne do przeprowadzenia 4 reakcji. | 1000269 | zestaw | 1 |  |  |  |
|  | **Chromium™ Next GEM Chip G Single Cell Kit, 16 rxns**  Zestaw dwóch chipów kompatybilnych z systemami 10X Genomics wraz z odczynnikami pomocniczymi; jeden chip posiada 8 dołków do przeprowadzenia 8 reakcji; na chipie zachodzi enkapsulacja komórek. | 1000127 | zestaw | 1 |  |  |  |
|  | **Dual Index Kit TT Set A, 96 rxn**  Płytka 96-dołkowa zawierająca indeksy; każda studzienka zawiera mieszaninę jednego unikalnego indeksu i7 i jednego unikalnego indeksu i5; zestaw kompatybilny z protokołem GEX. | 1000215 | zestaw | 1 |  |  |  |
|  | **Dual Index Kit NN Set A, 96 rxn**  Płytka 96-dołkowa zawierająca indeksy; każda studzienka zawiera mieszaninę jednego unikalnego indeksu i7 i jednego unikalnego indeksu i5; zestaw kompatybilny z protokołem CellPlex. | 1000243 | zestaw | 1 |  |  |  |
|  | **3’ Feature Barcode Kit, 16 rxns**  Zestaw specyficznych indeksów pozwalających na multipleksację prób. | 1000262 | zestaw | 1 |  |  |  |
|  | **3' CellPlex Kit Set A, 48 rxns**  Zestaw odczynników pozwalający na multipleksację do 12 prób w jednym dołku na chipie; zestaw zawiera 12 różnych znaczników lipidowych sprzężonych z oligonukleotydami lub CMO’s, które służą do znakowania komórek z poszczególnych próbek. | 1000261 | zestaw | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 7:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Zestaw ELISA na 96 analiz. Czułość: 4.94 pg/mL. Zakres detekcji: 15.63-1000 pg/mL. Specyficzność: test ten ma wysoką czułość i doskonałą specyficzność wykrywania świńskiego CGRP. Brak znaczącej reaktywności krzyżowej lub interferencji między świńskim CGRP a analogami. Składniki i przechowywanie ZESTAWU:  a) Wstępnie powlekana mikropłytka - 12 pasków x 8 dołków, 4°C/-20°C（6 miesięcy);  b) Standard (liofilizowany) – 2, 4°C/-20°C（6 miesięcy);  c）Standardowy/Próbka, Rozcieńczalnik, Bufor - 20mL, 4°C;  d) Biotynylowane przeciwciało (100x) - 120μL, 4°C/-20°C（6 miesięcy);  e) Biotynylowany rozcieńczalnik przeciwciał - 12mL, 4°C;  f) Streptawidyna-HRP (100x) - 120μL, 4°C/-20 °C（6 miesięcy);  g) HRP Rozcieńczalnik - 12mL, 4°C;  h) Bufor płuczący (25×) - 20mL, 4°C;  i) CTMB Roztwór substratu - 9mL, 4°C（Lucyfuge);  j) Odczynnik zatrzymujący - 6mL, 4°C;  k) Pokrywy płytki – 2, 4°C. | ELK9840 | zestaw | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 8 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Ellagic acid, analytical standard, ≥95% (HPLC), proszek, from tree bark | E2250-5G | 5 g | 1 |  |  |  |
|  | p-Coumaric acid, analytical standard, proszek, ≥98.0% (HPLC) | C9008-10G | 10 g | 1 |  |  |  |
|  | Pelargonidin 3-glucoside chloride, analytical standard, proszek, phyproof® Reference Substance | PHL89753-10MG | 10 mg | 1 |  |  |  |
|  | Quercetin 3-glucoside, analytical standard, proszek | 16654-10MG | 10 mg | 1 |  |  |  |
|  | Kaempferol 3-glucoside, analytical standard, proszek | 68437-5MG | 5 mg | 1 |  |  |  |
|  | Kaempferol, analytical standard, proszek | 96353-10MG | 10 mg | 1 |  |  |  |
|  | Tiliroside, analytical standard, proszek, phyproof® Reference Substance | PHL89809-10MG | 10 mg | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 9 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Przeciwciała do barwienia limfocytów Mouse anti Chicken CD8 Alpha:RPE | MCA2166PE | opakowanie | 1 |  |  |  |
|  | Przeciwciała do barwienia limfocytów Goat anti Chicken IgM : FITC | AAI27F | opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 10 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Homogenizator do tkanek szklany; WHEATON tissue grinder 7ml acc. to  Dounce | 357542 | opakowanie = 2 sztuki | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 11 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
| 1. | Płyny robocze do cytometru BD FACSFlow™ Sheath Fluid | 342003 | opakowanie = 20 litrów | 1 |  |  |  |
|  | Płyny robocze do cytometru BD FACS™ Shutdown Solution | 334224 | opakowanie = 5 litrów | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 12 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | **Odczynniki do liczenia limfocytów VI-CELL SINGLE PAK** | 383260 | opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 13 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Karmail Selective Suplement /box=10 fl. | SL 0049 | box=10 fl. | 1 |  |  |  |
|  | Preston Campylobacter Supplement/box=10 fl. | 0032 | box=10 fl. | 1 |  |  |  |
|  | Campylobacter CCDA Selective Supplement/box=10 fl. | SL 0005 | box=10 fl. | 1 |  |  |  |
|  | Defibrinated Horse Blood, odwłókniona krew końska/ 1 op. 100 ml | SR0050C | 1 op. 100 ml | 5 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 14 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Odczynnik do analizatora hematologicznego CLEANAC | MEK-520 | 5l | 1 |  |  |  |
|  | Odczynnik do analizatora hematologicznego HEMOLYNAC 3N | MEK-680 | 1l | 1 |  |  |  |
|  | Odczynnik do analizatora hematologicznego CLEANAC 3 | MEK-620 | 1l | 1 |  |  |  |
|  | Odczynnik do analizatora hematologicznego ISONAC 3 | MEK-640 | 20l | 1 |  |  |  |
|  | Kontrola hematologiczna z terminem ważności do stycznia 2023 do analizatora helmatologicznego | MEK – 3 DN | opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 15 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Odczynnik anty -D Blend | CED-MONO-BLEND-TH | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
|  | Odczynnik anty -D RUM | CED-MONO-RUM | Buteleczka 10 ml | 5 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 16:**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | ABL90 FLEX solution pack  ( odczynnik do aparatu ) | 944-157 | opakowanie | 1 |  |  |  |
|  | SC90 300/30 BG/LYT/MET/OXI +QC  (kaseta – odczynnik do aparatu ) | 946-005 | opakowanie | 1 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 17 :**

**Odczynnik chemiczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | ACCUCHECK PERFORMA GLUKOZA | 06454011057 | Opakowanie= 50 SZTUK | 1 |  |  |  |
|  | ACCUTREND TRÓJGLICERYDY | 11538144053 | Opakowanie= 25 SZTUK | 2 |  |  |  |
|  | ACCUTREND CHOLESTEROL | 11418262012 | Opakowanie= 25 SZTUK | 2 |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZ**

**Część 18 :**

**Asortyment laboratoryjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Paski do oznaczania PT | ------------- | opakowanie | 1 szt |  |  |  |
|  | Aparat POCT do oznaczania PT | ------------- | opakowanie | 1 szt |  |  |  |
|  | Paski do oznaczania kwasu moczowego | ------------- | opakowanie | 2 szt |  |  |  |
|  | Aparat POCT do oznaczania kwasu moczowego | ------------- | opakowanie | 1 szt |  |  |  |
|  | Aparat POCT do oznaczania TG | ------------- | opakowanie | 1 szt |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**Część 19 :**

**Asortyment laboratoryjny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa odczynnika (opis parametrów)** | **Numer**  **katalogowy** | **Opakowanie o pojemności:** | **Ilość** | **Producent i nr katalogowy oferowanego odczynnika\*** | **Cena jednostkowa brutto\*** | **Wartość brutto\*** |
|  | Paski do moczu | -------------------- | 1 opakowanie = 100 sztuk | 1 op |  |  |  |
| **Razem wartość brutto:** | | | | | | |  |

……………………………………

……………………………………

**Dokument należy wypełnić**

**i podpisać zgodnie z zapisami SWZi podpisać zgodnie z zapisami SWZ**