**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA dot. jednorazowej dostawy probówek do pobierania krwi do biopsji płynnej, proteinaza K, laurylosiarczan sodu (SDS) dla Zakładu Genetyki Klinicznej i Molekularnej - Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie - Państwowego Instytutu Badawczego Oddział w Gliwicach.**

**Zadanie 3: Laurylosiarczan sodu (SDS)**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j. m.** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** | **PRODUCENT ORAZ INNE DANE IDENTYFIKUJĄCE PRODUKT\* nr kat.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 | 7 (5x6) | 8 | 9 (7x8) | 10 (7+9) | 11 |
|  | Wodny roztwór gotowy do użycia, stężenie 20%, Objętość 200 ml  VWR nr kat. 97062-440 lub produkt równoważny.  Jako produkt równoważny Zamawiający uznaje odczynnik spełniający powyższe kryteria rekomendowany do użycia w procedurze izolacji DNA wolnokrążącego z osocza zestawem pureNA Cell-Free DNA Isolation Kit firmy Entrogen. Rekomendacja musi być wystawiona przez producenta zestawu do izolacji, znajdować się w opisie procedury lub znajdować się na stronie internetowej produktu Entrogen. | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |

1. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym powyżej na kwotę:

**NETTO: ……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

**BRUTTO:** **……………………………… PLN słownie: …………………………………………………………………………..…………………..….………… PLN**

1. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres …………….. ( min. 30 dni ) licząc od daty wyznaczonej jako termin składania ofert.
2. Termin płatności: **30 dni licząc od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.**
3. Termin realizacji /dostawy: **zobowiązuję się do wykonywania dostaw w terminie maksymalnie do 10 dni roboczych licząc od dnia otrzymania zamówienia.**

data................................... …………………………………………..………………… czytelny podpis