**Załącznik nr 2 do SWKO**

**Załącznik nr 1 do Umowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY PO ZMIANACH** | | | | | | | | | **L.p.** | **Nazwa badania** | **JM** | **Ilość** | **Cena netto /zł/** | **Wartość netto /zł/** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto /zł/** | |  | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  | | **BADANIA KOAGULOLOGICZNE**  Wymagania:   1. Oznaczenie czynnika krzepnięcia VIII będzie wykonywane metodą koagulacyjną jednostopniową. 2. Oznaczenie stężenia fibrynogenu będzie przeprowadzone testami opartymi na metodzie Clauss'a. 3. ~~Badania przeprowadzane będą w próbkach oznaczonych nr donacji.~~   Badania przeprowadzane będą z krwi pełnej pobranej na cytrynian lub osocza cytrynianowego.   1. Badania muszą być wykonywane przez ośrodki zlokalizowane w pobliżu jednostek zlecających, najszybciej jak to możliwe po otrzymaniu próbek. 2. ~~Nie dopuszcza się możliwości zamrożenia materiału i wykonania oznaczenia w późniejszym terminie.~~   Nie dopuszcza się możliwości zamrożenia materiału i wykonania oznaczenia w późniejszym terminie. W przypadku wyjątkowej sytuacji (awarii aparatu lub z przyczyn losowych) próbki na badania zostaną dostarczone po raz kolejny (nowy materiał).   1. ~~Badania będą wykonywane zgodnie z ustalonymi procedurami i zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej (GLP).~~ 2. Podstawą do wykonania badania będzie pisemne zlecenie. 3. Świadczone usługi będą wykonywane przez osoby posiadające stosowne uprawnienia i kwalifikacje. 4. ~~Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli u Przyjmującego zamówienie w zakresie zgodności realizacji z zasadami GLP.~~   Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia kontroli u Przyjmującego zamówienie w postaci potwierdzenia uczestnictwa w kontrolach zewnątrzlaboratoryjnych. | | | | | | | |  | | **Badania koagulologiczne dla potrzeb WCKiK SPZOZ w Warszawie; ul. Szaserów 128; 04-349 Warszawa.** | | | | | | | |  | | 1. | Czynnik krzepnięcia VIII | badanie | 200 |  |  | zw. |  |  | | 2. | Stężenie fibrynogenu | badanie | 140 |  |  | zw. |  |  | | **Wartość ogółem:** | | | | |  | **zw.** |  |  | |  |  |  |  | ……………………………………………… (data i podpis Oferenta) |
| ………………………………………………   (data i podpis Oferenta) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |