**Nr postępowania – ZP/2501/102/2021**

 **Załącznik nr 2a**

**WYKAZ PRÓBEK**

**do przetestowania na dostawę dializatorów dla Stacji Dializ Nr – ZP/2501/102/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PRODUKT - CHARAKTERYSTYKA** | **Ilość szt.****wymagana** | **Ilość szt.****dostarczona** | **Oferowany produkt****typ/nr kat.** | **Numer serii****i data ważności**/jeśli dotyczy/ | **Producent** | **WYCENA PRÓBEK** |
| **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **DIALIZATORY** |
| **1** | Dializatory niskoprzepływowe z błoną polisulfonową, polinefronową lub heliksonową o powierzchni 1,4 -1,5m2, sterylizowane parą wodną lub promieniami gamma. zatyczki na wszystkich portach | **3szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Dializatory niskoprzepływowe z błoną polisulfonową, polinefronową lub heliksonową o powierzchni 1,8-2,0 m2, sterylizowane parą wodną lub promieniami gamma zatyczki na wszystkich portach | **3szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Dializatory wysokoprzepływowe z błoną polisulfonową, polinefronową lub heliksonową o powierzchni 1,8 -1,9m2Sterylizowane parą wodną lub promieniami gamma, zatyczki na wszystkich portach | **3szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **RAZEM WARTOŚĆ PRÓBEK** |  |  |

 **Uwaga –** Wykonawca zobowiązany jest do wpisania do tabeli wszystkich wymaganych informacji dotyczących oferowanych produktów .

 Informacje te są niezbędne m.in. do przeprowadzenia procedury ewidencyjnej.

 ....................................................................................................

 pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy