**Załącznik nr 2 do SWZ, nr PN-273/22/TM**

**CZĘŚĆ Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis - nazwa*** | ***Postać***  | ***Dawka*** | *Ilość**wymagana* | *0ferowana wielkość opakowania* | Oferowana ilość opakowań | *Cena jedn. netto (op.)* | ***Wartość netto*** | *% VAT* | ***Wartość brutto*** | Minimalny termin przydatności do użycia | Oferowany termin przydatności do użycia | Nazwa oferowanego produktu, nr katalogowy, producent |
| 1 | Metoksyizobutyloizonitryl(op. max. 6 fiolek) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 400 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 2 | Kwasdietylenotriaminopentaoctowy(op. max. 6 fiolek) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 90 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 3 | Kwas 2,3-dimerkaptobursztynowy(op. max. 3 fiolki) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 9 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 4 | Sól sodowa kwasu N-[2,4,6-trimetylo-3-bromoacetanilido]iminodioctowego(op. max. 3 fiolki) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 9 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 5 | Pirofosforan sodu(op. max. 3 fiolki) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 60 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 6 | Cyny chlorek dwuwodny(op. max. 3 fiolki) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 12 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 7 | Kwas metylenodifosfonowy(op. max. 6 fiolek) | Liofilizat do znakowania 99mTc | - | 800 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
| 8 | HYNIC-Tyr3-OKTREOTYD (HYNIC-TOC) | Liofilizat do znakowania 99mTc |  | 40 zestawów |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna wartość netto: …………….. PLN (słownie: …………………………………………….………………………. PLN)

Łączna wartość brutto: ……………. PLN (słownie: …………………………………………..…………………………. PLN)

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Formularz musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**CZĘŚĆ Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis - nazwa*** | ***Postać***  | ***Dawka*** | *Ilość**wymagana* | *0ferowana wielkość opakowania* | Oferowana ilość opakowań | *Cena jedn. netto (op.)* | ***Wartość netto*** | *% VAT* | ***Wartość brutto*** | Minimalny termin przydatności do użycia | Oferowany termin przydatności do użycia | Nazwa oferowanego produktu, nr katalogowy, producent |
| 1 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 56 MBq | 25 fiolek |  |  |  |  |  |  | 4 dni od daty produkcji |  |  |
| 2 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 1500-1800 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 3 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 1801-2000 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 4 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 2001-2400 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 5 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 2401-2600 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 6 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 2601-2900 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 7 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 2901-3200 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 8 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 3201-3699 MBq | 1 fiolka |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 9 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 3700 MBq | 30 fiolek |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 10 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 5550 MBq | 10 fiolek |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
| 11 | 131I-siarczan metajodobenzylguanidyny | Roztwór do wstrzyknięć | 7400 MBq | 2 fiolki |  |  |  |  |  |  | 9 dni od daty produkcji |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dostawa: do godz. 09:00 we wtorek, kalibracja na wtorek

Łączna wartość netto: …………….. PLN (słownie: …………………………………………….………………………. PLN)

Łączna wartość brutto: ……………. PLN (słownie: …………………………………………..…………………………. PLN)

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Formularz musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**CZĘŚĆ Nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis - nazwa*** | ***Postać***  | ***Dawka*** | *Ilość**wymagana* | *0ferowana wielkość opakowania* | Oferowana ilość opakowań | *Cena jedn. netto (op.)* | ***Wartość netto*** | *% VAT* | ***Wartość brutto*** | Minimalny termin przydatności do użycia | Oferowany termin przydatności do użycia | Nazwa oferowanego produktu, nr katalogowy, producent |
| 1 | PSMA-11 | Liofilizat do znakowania chlorkiem galu-68, 20µg na fiolkę | - | 350 fiolek |  |  |  |  |  |  | Minimum 3 miesiące od daty dostawy |  |  |

Wartość netto: …………….. PLN (słownie: …………………………………………….………………………. PLN)

Wartość brutto: ……………. PLN (słownie: …………………………………………..…………………………. PLN)

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Formularz musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**CZĘŚĆ Nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis - nazwa*** | ***Postać***  | ***Dawka*** | *Ilość**wymagana* | *0ferowana wielkość opakowania* | Oferowana ilość opakowań | *Cena jedn. netto (op.)* | ***Wartość netto*** | *% VAT* | ***Wartość brutto*** | Minimalny termin przydatności do użycia | Oferowany termin przydatności do użycia | Nazwa oferowanego produktu, nr katalogowy, producent |
| 1 | [90 Y] Y-CHLOREK ITRU | Roztwór do znakowania przeciwciał | 1850 MBq | 3 fiolki |  |  |  |  |  |  | Trwałość preparatu 24h po wyznakowaniu |  |  |

Wartość netto: …………….. PLN (słownie: …………………………………………….………………………. PLN)

Wartość brutto: ……………. PLN (słownie: …………………………………………..…………………………. PLN)

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Formularz musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**CZĘŚĆ Nr 5**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis - nazwa*** | ***Postać***  | ***Dawka*** | *Ilość**wymagana* | *0ferowana wielkość opakowania* | Oferowana ilość opakowań | *Cena jedn. netto (op.)* | ***Wartość netto*** | *% VAT* | ***Wartość brutto*** | Minimalny termin przydatności do użycia | Oferowany termin przydatności do użycia | Nazwa oferowanego produktu, nr katalogowy, producent |
| 1 | Chlorek strontu [89 Sr] SrCl2 | Roztwór do wstrzyknięć | 150 MBq | 5 fiolek |  |  |  |  |  |  | 24 h od daty produkcji |  |  |

 Dostawa minimum jeden dzień przed kalibracją

Wartość netto: …………….. PLN (słownie: …………………………………………….………………………. PLN)

Wartość brutto: ……………. PLN (słownie: …………………………………………..…………………………. PLN)

UWAGA:

1. Zamawiający zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf
2. Formularz musi być opatrzony, przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym.