**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| **Opis przedmiotu zamówienia****­– Formularz cenowy –**Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem dla Zakładu Chemii Nieorganicznej i Analitycznej UMB**– Drobnego osprzętu laboratoryjnego**  |
| **L.****p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **Opis oferowanego wyposażenia****(nazwa, typ, model lub symbol katalogowy, producent) \*)** | **Cena jednostkowa brutto****PLN \*)** | **Wartość brutto****PLN \*)** |
| **I** | **Drobny osprzęt laboratoryjny wykorzystywany do wykonywania Western Blot do oceny ilościowej białek:**1. Membrany Nitrocelulozowe typu Nitrocellulose Membrane, Precut, nr kat. 1620146 lub równoważne, porowatość o wartości nie gorszej niż 0,2 µm, wymiary: 7x8,4 cm **– 100 szt.**
2. Membrany Nitrocelulozowe typu Nitrocellulose Membrane, Precut, nr kat. 1620145 lub równoważne, porowatość o wartości nie gorszej niż 0,45 µm, wymiary: 7x8,4 cm**– 100 szt.**
3. Bibuły do transferu typu Filter paper nr kat. 1703967 lub równoważne, wymiary: 8,6x13,5 cm **– 300 szt.**
4. Bibuły do transferu typu Filter paper nr kat. 1703969/A lub równoważne, wymiary: 8,5x19 cm

**– 150 szt.**Miejsce dostawy i instalacji: Zakład Chemii Nieorganicznej i Analitycznej, ul. Mickiewicza 2d, 15-222 Białystok | **2 zestawy** |  |  |  |

**Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO, zamieszczoną na stronie:** [**http://zamowienia.umb.edu.pl/**](http://zamowienia.umb.edu.pl/)

 ………………………………..

 *(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*\*)

**Wymagania ogólne\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Termin dostawy do 2 tygodni. |
|  | Okres przydatności do użycia min. 6 miesięcy. |
|  | Materiały informacyjne oferowanego produktu w języku polskim i/lub angielskim. |
|  | Produkt dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiadający wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, atesty, deklaracje, itp. oraz spełniający wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia zamawiającemu, na każde żądanie, dokumentów potwierdzających spełnienie w/w wymogów. |
|  | Przedmiot zamówienia gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

**Nazwa, adres, osoba do kontaktu, nr tel./fax, e-mail\*\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nr konta bankowego\*\*)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

………………………………..

 *(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*\*)

 ...…………………...…………

 *Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)*

 **\*) Niespełnienie któregokolwiek warunku skutkuje odrzuceniem oferty.**

**\*\*) Wypełnia Wykonawca.**