Załącznik nr 1

**Formularz cenowy / opis przedmiotu zamówienia:**

**Część 1. Dostawa komór chromatograficznych według katalogu Linegal Chemicals lub równoważnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **Lp.** | **Nazwa i opis zamawianego towaru** | **Nr katalogowy** | **Opis oferowanego towaru** | | | **Ilość** | **jm** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Nazwa i opis zaproponowa-nego towaru** | **Nr katalogowy zaproponowa-nego towaru** | **Nazwa producenta zaproponowa-nego towaru** |
| 1 | Komora chromatograficzna szklana z płaskim dnem, do płytek o wymiarach 20x20 cm, bez pokrywy | ROTH-T072.1 |  |  |  | 1 | Szt. |  |  |  |  |
| 2 | Komora chromatograficzna szklana, z płaskim dnem pionowa, wymiary 12x6x18 cm (do płytek o wymiarach 10x20 cm), bez pokrywy | ROTH-T071.1 |  |  |  | 1 | Szt. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Łącznie wartość netto: |  | Łącznie wartość brutto: |  |

………………………………………..

Miejscowość, data *……………………………………………………….*

*Podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Część 2. Dostawa filtrów PES według katalogu Chemland, lub równoważnych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **Lp.** | **Nazwa i opis zamawianego towaru** | **Nr katalogowy** | **Opis oferowanego towaru** | | | **Ilość** | **jm** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Nazwa i opis zaproponowa-nego towaru** | **Nr katalogowy zaproponowa-nego towaru** | **Nazwa producenta zaproponowa-nego towaru** |
| 1 | Filtry PES 0,22 µm,  śr. 13 mm, niesterylne,  (100 szt. w opakowaniu) | SFPES013022N |  |  |  | 1 | Op. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Łącznie wartość netto: |  | Łącznie wartość brutto: |  |

………………………………………..

Miejscowość, data *……………………………………………………….*

*Podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Część 3. Dostawa membrany dializacyjnej według katalogu Bionovo, lub równoważnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **Lp.** | **Nazwa i opis zamawianego towaru** | **Nr katalogowy** | **Opis oferowanego towaru** | | | **Ilość** | **jm** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Nazwa i opis zaproponowanego towaru** | **Nr katalogowy zaproponowanego towaru** | **Nazwa producenta zaproponowanego towaru** |
| 3 | Membrana dializacyjna MWCO 12000-14000,  szer. 30 mm, dł. 30 m | 2-9030 |  |  |  | 1 | Szt. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Łącznie wartość netto: |  | Łącznie wartość brutto: |  |

………………………………………..

Miejscowość, data *……………………………………………………….*

*Podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

**Część 4. Dostawa kwasu trifluorooctowego według katalogu Sigma-Aldrich, lub równoważnego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| **Lp.** | **Nazwa i opis zamawianego towaru** | **Nr katalogowy** | **Opis oferowanego towaru** | | | **Ilość** | **jm** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **VAT %** | **Wartość brutto** |
| **Nazwa i opis zaproponowanego towaru** | **Nr katalogowy zaproponowanego towaru** | **Nazwa producenta zaproponowanego towaru** |
| 1 | Kwas trifluorooctowy (TFA), Reagent Grade, 99%, 100 ml | T6508-100ML |  |  |  | 1 | Op. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Łącznie wartość netto: |  | Łącznie wartość brutto: |  |

………………………………………..

Miejscowość, data *……………………………………………………….*

*Podpis i pieczątka imienna osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*