**FORMULARZ SZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA:**

**DOSTAWĘ ZESTAWU DO ILOŚCIOWEJ ANALIZY TCR V ΒETA LUDZKICH LIMFOCYTÓW T METODĄ CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ DLA MIĘDZYNARODOWEGO CENTRUM BADAŃ NAD SZCZEPIONKAMI PRZECIWNOWOTWOROWYMI UNIWERSYTETU GDAŃSKIEGO**

**pełna nazwa Wykonawcy:** .............................................................................................................................

**dokładny adres** (siedziba Wykonawcy)**:** ….....................................................................................................
**przedstawiciel Wykonawcy** (imię i nazwisko): ..............................................................................................
**telefon kontaktowy:** …………………………………………............................................................................

**e-mail:** ….…..…………….……………………………………………………………………………..………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nr katalogowy** | **Ilość** | **W przypadku rozwiązania równoważnego należy wykazać spełnienie wymagań** | **Producent** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Wartość netto w PLN** **(kolumna 7 x kolumna 4)** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| 1 | Beta Mark TCR V beta Repertoire Kit, 25 Tests | IM3497 | 10 |  |  |  |  |
|  |  | RAZEM: |  |

**Oferujemy wykonanie zamówienia w terminie: ……………………….. dni roboczych**

 ………………………………………… ……........................., dnia ............................r.

 (podpis)