**Załącznik nr 3 do SWZ**

**WYKAZ PRÓBEK**

**do przetestowania w postępowaniu na dostawę jałowych jednorazowych zestawów do wykonania iniekcji doszlistkowych**

 **NAZWA WYKONAWCY………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PRODUKT - CHARAKTERYSTYKA** | **Ilość szt.****wymagana** | **Ilość szt.****dostarczona** | **Oferowany produkt****typ/nr kat.** | **Numer serii****i data ważności**/jeśli dotyczy/ | **Producent**(nazwa, kraj pochodzenia) | **WYCENA PRÓBEK** |
| **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Wartość** **brutto** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1** | SKŁAD ZESTAWU :1. serweta do obłożenia stolika operacyjnego,  która jest jednocześnie opakowaniem  zestawu, 75 x 90 cm – 1 szt.2. serweta operacyjna z folią samoprzylepną i  workiem ociekowym (przecięta) 50 x 60 cm –  1 szt.3. rozwórka druciana giętka 0,9 mm – 1 szt.4. miarka (cyrkiel) do wyznaczenia części  płaskich ciała rzęskowego (miejsce iniekcji  wewnątrzgałkowej) 3,5/4,0 mm – 1 szt.5. patyczki absorpcyjne – 2 szt. | **2** **zestawy**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **RAZEM WARTOŚĆ PRÓBEK** |  |  |

 **Uwaga –** Wykonawca zobowiązany jest do wpisania do tabeli wszystkich wymaganych informacji dotyczących dostarczonych próbek, również tych

 dotyczących ich wyceny, niezależnie od składanego oświadczenia (załącznik nr 4 do SWZ). Informacje te są niezbędne, m.in. do przeprowadzenia

 procedury ewidencyjnej

**Wykaz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców.**