|  |
| --- |
| ***Załącznik nr 2 do SWZ*** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPZZOZ w Gryficach**  ul. Niechorska 27  72 – 300 Gryfice  **OFERTA**  W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w **trybie podstawowym** na podstawie art. 275 pkt 1) zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych **pn.**  **„Dzierżawa analizatorów parametrów krytycznych wraz z dostawą odczynników  dla SPZZOZ w Gryficach”** | |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**   Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: **………………..……………………...**  Wykonawca/Wykonawcy: **..……………..………………………………………….……….……………………...………** Adres: **………………………………………………………………………………………………………..……..…….......**  **KRS nr ……………………………………………………………………………………………**  **NIP ………………………………………………………………………………………………..**  **WYKONAWCA jest mikroprzedsiębiorcą – tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest małym przedsiębiorstwem – tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest średnim przedsiębiorstwem – tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą – tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej – tak** *□* **nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej – tak** *□***nie** *□*  **WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego nie będącego członkiem Unii Europejskiej – tak** *□***nie** *□*  **● *Niepotrzebne skreślić, zaznaczyć tak lub nie X***  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: **.…………………………………………..………………………………………..**  Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:  faks **……………………………………………………………………………………………………………………………**  e-mail **………………………………………………………………………ji o …………………………………………………………………………………………………**  Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż adres siedziby)*: **……………………………………………………….………………………..………………………………………………** | |
| 1. **OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** (*należy wskazać dla którego pakietu została złożona oferta*)   **…………………………………………………………………………………………………………………………………** | |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**   Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*\*nia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*riumma w rozdziale III SIWZmacją o podstawie do dysponowania tymi osobami, konania zamówienia, a:   1. Dzierżawa analizatorów parametrów krytycznych  |  |  | | --- | --- | | **Typ ……….……………………………………………………………………………………**  **Model …….……………………………………………………………………………………**  **Producent …………………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | | Wartość dzierżawy **1** analizatora za **1** miesiąc |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | Wartość dzierżawy **1** analizatora za **36** miesięcy |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | Wartość dzierżawy **5** analizatorów za **1** miesiąc |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | Wartość dzierżawy **5** analizatorów za **36** miesięcy |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | |   **1.1** Analizator parametrów krytycznych - pomocniczy   |  |  | | --- | --- | | **Typ ……….……………………………………………………………………………………**  **Model …….……………………………………………………………………………………**  **Producent …………………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |  1. Dzierżawa analizatora do szybkich testów immunochemicznych  |  |  | | --- | --- | | **Typ ……….……………………………………………………………………………………**  **Model …….……………………………………………………………………………………**  **Producent …………………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | | Wartość dzierżawy analizatora za **1** miesiąc |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | Wartość dzierżawy analizatora za **36** miesięcy |  |  |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | |  1. Odczynniki potrzebne do wykonania oznaczeń parametrów krytycznych   **3.1 Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na  36 miesięcy** | | 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 43200 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   \*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”, podana ilość oznaczeń dotyczy 2 aparatów  **3.2 Szpitalny Oddział Ratunkowy**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na  36 miesięcy** | | 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 10800 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   \*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”  **3.3 Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na  36 miesięcy** | | 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 10800 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   \*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”  **3.4 Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na  36 miesięcy** | | 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 3600 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   \*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”   1. Materiały zużywalne potrzebne do wykonania oznaczeń parametrów krytycznych   **4.1** **Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń  z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 43200 |  |  |  |  | | 2 | Kontrole |  | 43200 |  |  |  |  | | 3 | Papier do drukarki |  | 43200 |  |  |  |  | | 4 | Inne materiały zużywalne |  | 43200 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   **4.2** **Szpitalny Oddział Ratunkowy**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń  z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 10800 |  |  |  |  | | 2 | Kontrole |  | 10800 |  |  |  |  | | 3 | Papier do drukarki |  | 10800 |  |  |  |  | | 4 | Inne materiały zużywalne |  | 10800 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   **4.3** **Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń  z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 10800 |  |  |  |  | | 2 | Kontrole |  | 10800 |  |  |  |  | | 3 | Papier do drukarki |  | 10800 |  |  |  |  | | 4 | Inne materiały zużywalne |  | 10800 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |   **4.4** **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń  z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 3600 |  |  |  |  | | 2 | Kontrole |  | 3600 |  |  |  |  | | 3 | Papier do drukarki |  | 3600 |  |  |  |  | | 4 | Inne materiały zużywalne |  | 3600 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |  1. Odczynniki potrzebne do wykonania szybkich testów immunochemicznych  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 oznaczenia** | **Wartość oznaczeń brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Troponina T |  | 6400 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |  1. Materiały zużywalne potrzebne do wykonania szybkich testów immunochemicznych  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa  Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na  36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń  z  1 opakowania** | **Ilość opakowań na  36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto  1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na  36 miesięcy** | | 1 | Pakiet odczynnikowy |  | 6400 |  |  |  |  | | 2 | Kontrole i kalibratory |  | 6400 |  |  |  |  | | 3 | Inne materiały zużywalne |  | 6400 |  |  |  |  | | 4 | Papier do drukarki |  | 6400 |  |  |  |  | |  | | | | | | **RAZEM** |  | | **Słownie wartość brutto:** | | | | | | | |  |  | | --- | | **WARTOŚĆ BRUTTO RAZEM – PKT. OD 1 DO 6 – ………………………………………… zł za 36 miesięcy**  **WARTOŚĆ BRUTTO SŁOWNIE – …………………………………………………………………………………….** |   \* **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ. | |
| 1. **OŚWIADCZENIA:** 2. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy; 3. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 4. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do dnia …………… licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem); 6. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy) w terminie **do 60 dni** od daty prawidłowo wystawionej faktury; 7. wadium w wysokości **– /nie żąda do sprawy 27/24/ PLN** (słownie: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych**), zostało wniesione w dniu ..................................................., w formie: …..…….................................................; 8. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………..............................................................................................; | |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. zobowiązujemy się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości **/nie żąda do sprawy 27/24/** ~~% ceny ofertowej brutto;~~ 4. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest ........................................................................................................................................................................   e-mail: ………...……........………….…………………..……....….; tel./fax: .....................................................………………...……..;   1. obowiązki Inspektora Ochrony Danych po stronie Podmiotu Przetwarzającego pełni:   imię i nazwisko: ………...……........………….…………………..……....….;  e-mail: ………...……........………….…………………..……....….; nr tel.: .....................................................………………...……..;   1. ........................................................................................................................................................................ | |
| 1. **SPIS TREŚCI:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. ......................................................................................................................................................... 2. ......................................................................................................................................................... 3. ......................................................................................................................................................... 4. .........................................................................................................................................................   Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach. | |
| ……………………………………………………….  *Miejscowość, data* | ......................................................................................  *Podpis Wykonawcy* |