**Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena netto**  **1 op.** | **Cena brutto 1 op.** | **VAT**  **w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Producent**  **(oraz numer katalog. produktu)**  **- Jeżeli Wykonawca posiada** |
| **1** | **ACTH – ELSA** | **Op./ 96 oznaczeń** | **28** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **IGF-1** | **Op./100 oznaczeń** | **55** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **TESTOSTERONE** | **Op./100 oznaczeń** | **24** |  |  |  |  |  |  |

**\*Cześć asortymentowo – cenowa (będzie stanowić załącznik do umowy)**

kwota netto (bez VAT)...................................................................................................

Słownie zł..............................................................................................................................

Cena brutto (z VAT)............................................................................................................

Słownie................................................................................................................

Stawka podatku VAT (%)...........................................................................................

**Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość przedmiotu zamówienia.**

**Wymagania dotyczące przedmiotu umowy dla pakietu nr 1**

**Pozycja nr 1**

- ACTH nie może wchodzić w reakcję krzyżową z Synacthenem

- probówki opłaszczone

- nie dopuszcza się zestawów zawierających bezwodnik bursztynowy i DMSO oraz inkubacji na wytrząsarce powyżej 2 h

**Pozycja nr 2**

- znacznik izotopowy JOD-125 ANTY IGF-1 **bezwzględnie** gotowy do użycia (bez rozcieńczania buforem).

- dwukrotna inkubacja dwugodzinna na wytrząsarce orbitalnej

- oznaczenie w surowicy w ilości do 25 µl

- probówki opłaszczone

**Pozycja nr 3**

- probówki opłaszczone

- znacznik izotopowy JOD-125 - testosteron gotowy do użycia

- oznaczenie w surowicy w ilości do 25 µl

- inkubacja do 1 godz.

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Wykonawca oświadcza, że zaproponowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w SWZ, wymienione w tabeli.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena netto**  **1 op.** | **Cena brutto 1 op.** | **VAT**  **w %** | **Wartość netto zamówienia** | **Wartość brutto zamówienia** | **Producent**  **( nazwa własna/ numer katalog. produktu)**  **- Jeżeli Wykonawca posiada** |
| **1** | **DHEA-S – RIA** | **Op./ 96 oznaczeń** | **14** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **HGH – IRMA** | **Op./96 oznaczeń** | **120** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **AIA – RIA** | **Op./100 oznaczeń** | **15** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **C-PEPTYD – RIA** | **Op./96 oznaczeń** | **32** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **17α-OH-PROGESTERON – RIA** | **Op./96 oznaczeń** | **22** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **IGF BP3 – IRMA** | **Op./96 oznaczeń** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **ANDROSTENDION** | **Op./100 oznaczeń** | **18** |  |  |  |  |  |  |

**Pakiet nr 2**

**\*Cześć asortymentowo – cenowa (będzie stanowić załącznik do umowy)**

kwota netto (bez VAT)...................................................................................................

Słownie zł..............................................................................................................................

Cena brutto (z VAT)............................................................................................................

Słownie................................................................................................................

Stawka podatku VAT (%)...........................................................................................

**Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość przedmiotu zamówienia.**

**Wymagania dotyczące przedmiotu umowy dla pakietu nr 2**

- wykonywanie oznaczeń z okresem inkubacji do **3 godzin**,

- probówki opłaszczone,

**Pozycja nr 1**

- zakres krzywej standardowej 0 – 30 µmol/l

- probówki opłaszczone

**Pozycje nr 2**

- oznaczanie cząsteczki HGH odpowiedzialnej za wywołanie efektu wzrostu

- probówki opłaszczone

- oznaczanie w surowicy w ilości do 50 µl

**Pozycja nr 3**

- oznaczanie w surowicy przeciwciał wolnych i całkowitych

- oznaczanie w surowicy w ilości do 100 µl

**Pozycja nr 5**

– dołączenie do zestawu odczynnika Reconstitution Solutoin

**Pozycja nr 7**

- probówki opłaszczone

- inkubacja do 1 godz.

- oznaczenie w surowicy w ilości do 50 µl

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Wykonawca oświadcza, że zaproponowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w SWZ, wymienione w tabeli.**

**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:** zakup i dostawa odczynników do Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na okres 2 lat (2 pakiety)

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE\*

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna)**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………**

**Telefon:……………………………**

**(Adres e-mail –** na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję**): ……………………………**

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

* 1. ……………………………….. ……………………………….
  2. ………………………. …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

\*\*Pakiet nr …..(wpisać pakiet nr 1 **i/lub** pakiet nr 2)

kwota netto (bez VAT)...................................................................................................

Słownie zł..............................................................................................................................

\*Cena brutto (z VAT)............................................................................................................

Słownie................................................................................................................

Stawka podatku VAT (%)...........................................................................................

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia, musi być zgodna z częścią asortymentowo – cenową, zawartą w załączniku nr 1**

**\*\*W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet Wykonawca powinien sumować wartość pakietów lub powielić pkt 3 lub złożyć odrębny formularz.**

1. **Termin płatności: do 30 dni,** licząc od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury oraz Towaru.
2. **Pozostałe wymagane informacje do sporządzenie umowy:**

**Okres obowiązywania umowy : 24 miesięcy**

*Dane kontaktowe pod które Zamawiający ma wysyłać zamówienia: ………………………………………………………………………(adres email/ numer faksu/itd.)*

1. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.**

* *……………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*
* *…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*
* *……………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**
2. Oferowany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego asortyment (powyżej opisany - tabela) spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego.
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte określone przez Zamawiającego.
4. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą,
5. uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
6. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego.
7. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2021 r.

Informacja dla Wykonawcy:

***Załącznik Nr 3 do SWZ (złożyć z ofertą)***

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **postępowania o udzielnie zamówienia publicznego pn.: dostawę odczynników dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium Szpitala Klinicznego im. K. Jonshera UM Poznaniu (2 pakiety).** prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonshera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy PZP.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że w stosunku do Wykonawcy nie zachodzą podstawy do wykluczenia z postępowania.]*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie   
art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* 108 ust. 1 i/lub/ *ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………

*[****UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie powołuje się na zasoby innych podmiotów.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

*[****UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia podwykonawcy.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: …………………………………*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**Załącznik nr 4 *(złożyć z ofertą)***

**Przedmiot: dostawa odczynników dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium Szpitala Klinicznego im. K. Jonshera UM Poznaniu (2 pakiety).**

**TP - 12/21**

**Data:………………….**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna)**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………**

**Telefon:……………………………**

**OŚWIADCZENIE**

1.Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymogi określone przez zamawiającego oraz posiadam aktualne dokumenty dopuszczające zaoferowany przedmiot zamówienia (wyrób medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. z dnia 13.12.2019 r. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.), ) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem (np. **CE lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych oznakowane CE dla którego wystawiono deklarację zgodności**) i że zaoferowane dostawy spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu z dnia 05.04.2017 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych, zmiany Dyrektywy 2001/83/WE, Rozporządzenia (WE) Nr 178/2002 i Rozporządzenia (WE) Nr 1223/2009 oraz uchylenia Dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE. L. Nr 117, str. 1)\*.

2.Dodatkowo oświadczam, że dostarczę po podpisaniu umowy na każde żądanie Zamawiającego aktualny dokument dopuszczający zaoferowane dostawy (wyroby medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. z dnia 13.12.2019 r. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem.

3..Dodatkowo oświadczam, że posiadam i jestem gotowy dostarczyć - na każde żądanie Zamawiającego **karty charakterystyki substancji niebezpiecznych** (jeżeli taka karta charakterystyki jest wymagana powszechnie obowiązującymi przepisami prawa).

**Załącznik nr 5 (dostarczyć na wezwanie)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy pzp.**

(§3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROZWOJU, PRACY I TECHNOLOGII z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcyDz.U.2020.2415)

**Oświadczam iż, Informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia w** postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego **pn.: dostawę odczynników dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium Szpitala Klinicznego im. K. Jonshera UM Poznaniu (2 pakiety)., (TP – 12/21)**, o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp **są nadal aktualne.**

**Załącznik nr 6 (dostarczyć na wezwanie)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

(w zakresie art. 108 ust 1 pkt 5 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.: dostawę odczynników dla Pracowni Izotopowej Centralnego Laboratorium Szpitala Klinicznego im. K. Jonshera UM Poznaniu (2 pakiety)** prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. Karola Jonshera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje:

**Niniejszym oświadczam (-y), że:**

- **nie należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę \*

- **należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,

*(należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej)\*:*

1) ……………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………….

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje lub inne dowody potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

1. [↑](#footnote-ref-1)