**Załącznik nr 1**

**PN 20/21 Wykaz przedmiotu zamówienia (wypełniony zgodnie z wymaganiami Zamawiającego) należy dołączyć do oferty (załącznik do Formularza ofertowego) w wersji elektronicznej. Wykonawca podpisuje ofertę kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**

**Wykaz przedmiotu zamówienia**

**Przedmiot zamówienia obejmuje:**

* zakup i dostawę odczynników i materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych (w ilości

i asortymencie określonym w Tabeli nr 1 wraz z dzierżawą aparatury (analizator podstawowy

i analizator dodatkowy) do przeprowadzenia zautomatyzowanych badań przez okres 36 miesięcy

* przyłączenie analizatorów do systemu informatycznego Eskulap (interfejs programowy pomiędzy analizatorami a LIS Eskulap po stronie Wykonawcy),
* dostawa 2 zestawów: komputera, monitora i drukarki zewnętrznej, które umożliwią pracę analizatorów w systemie Eskulap zgodnie z opisem wymagań Tabela nr 4
* serwis techniczny i aplikacyjny - przeglądy techniczne, okresowe minimum 2 razy w roku, co 6 miesięcy,
* interwencja serwisu w dni robocze w czasie do 24 h od momentu zgłoszenia, świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta
* w przypadku awarii analizatora podstawowego do 72 godz., a w przypadku naprawy powyżej 72 godz. wykonanie badań na koszt Wykonawcy w innym laboratorium.
* szkolenia personelu w siedzibie Zamawiającego,
* zapewnienie udziału w zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości,
* dostawa sumatora hematologicznego.
* **Cały oferowany sprzęt musi być na gwarancji przez okres obowiązywania umowy (tj. przez okres 36 miesięcy).**
* **Wszystkie wymagane dokumenty w języku polskim.**

Zaleca się (nie jest to jednak bezwzględnie wymagane) dokonanie wizji lokalowej (po uprzednim telefonicznym uzgodnieniu terminu z Kierownikiem Centralnego Laboratorium - tel. 61 8491 245 ), w celu funkcjonalnego rozmieszczenia oferowanej aparatury oraz zapewnienia właściwych warunków jej eksploatacji w Pracowni.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Tabela nr 1 Ilości i asortyment badań**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia****Ilość analiz/36 miesięcy** |  **Opis przedmiotu zamówienia** |
| **1.** | Odczynniki wymagane do wykonania 250.000 morfologii | I analizator - 180 000 badań morfologii, w tym:● 88 000 badań CBC● 12 000 badań wykonane łącznie z retikulocytami (CBC +RET )● 70 000 badań wykonane łącznie z 5 DIFF ( CBC +DIFF )● 10 000 badań płynów z jam ciała z rozdziałem krwinek białych II analizator - 70 000 badań morfologii, w tym:● 40 00 badań CBC● 30 000 badań wykonane łącznie z 5 DIFF ( CBC + DIFF )  |
| **2.** | Materiały kontrolne i kalibratory | Wykonawca wyszczególnia ilości wraz z podaniem cen jednostkowych oraz wielkości opakowania, które zapewnią wykonanie zaplanowanej ilości badań w ciągu 3 lat.Ilość materiałów kontrolnych ma zapewnić wykonanie kontroli:- parametrów krwi na trzech poziomach - parametrów płynów na dwóch poziomach minimum 7 razy w tygodniu przez cały okres trwania umowy |
|  |
| **3.** | Materiały eksploatacyjne |
| **4.** | Dzierżawa aparatów (systemu) | Opis I analizatora i II analizatora – parametry graniczne Tabela nr 2 formularza ofertowego Opis parametrów 2 zestawów komputerowych i 2 drukarek - Wykonawca dostosuje parametry zestawu komputerowego do możliwości połączenia obu zaoferowanych analizatorów.Wymogi zestawów komputerowych zostały określone w Tabeli nr 4 |

**Ofertę należy sporządzić z uwzględnieniem terminów przechowywania odczynników na pokładzie analizatora.**

**Ilości odczynników należy oszacować z uwzględnieniem, że 40% badań będzie wykonywane pojedynczo, poza seriami (pojedyncze badanie)**

**Podane ilości badań obejmują również ilości oznaczeń kontroli.**

**Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za cenę, zgodnie z poniższą tabelą**

**Tabela ofertowa nr 2: Cena oferty (w PLN) brana pod uwagę przy ocenie i porównaniu złożonych ofert**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Opis Przedmiotu zamówienia** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań** | **Ilość badań****z 1****opakowania** **/ ilość miesięcy**  | **Cena jednostkowa netto 1 opakowania**  | **Podatek****VAT****(%)** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania**  | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | ***Nazwa producenta,*****Nazwa oferowanego produktu*****Numer katalogowy produktu ( jeżeli Wykonawca posiada)***  |
| 1 | Odczynniki\*(aparat I)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Materiały kontrolne \* \*Kalibratory (analizator I) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Akcesoria i materiały \* \* \* zużywalne,eksploatacyjne (analizator I) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Odczynniki \* (analizator II )  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Materiały kontrolne \* \*Kalibratory (analizator II ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Akcesoria i materiały \* \* \* zużywalne, eksploatacyjne (analizator II ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Dzierżawa systemu (wymienić wszystkie składowe ) |  |  |  |  | Czynsz dzierżawy na okres 1 miesiąca netto (podać poniżej wartość)………… | Czynsz dzierżawy na okres 1 miesięcybrutto (podać poniżej wartość)…………… | Czynsz dzierżawy na okres 36 miesięcy netto (podać poniżej wartość)………… | Czynsz dzierżawy na okres 36 miesięcybrutto (podać poniżej wartość)…………… |  |
|  | **Suma** | xxxx | xxxx |  | xxxxxxxx | xxxxxxx | xxxxxxxxx | xxxxxxx |  |  |

**Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną do pełnego opakowania**

 \* z wyszczególnieniem wszystkich odczynników, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z swz.

 \* \* z wyszczególnieniem wszystkich materiałów, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z swz

\* \* \* z wyszczególnieniem wymaganego rodzaju materiału w ilości zapewniającej wykonanie zaplanowanej ilości zgodnie z swz

1) Cena pakietu poz.1-7 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

 Słownie : ……………………………………………………………………………………………………

 Cena pakietu poz.1-7 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

 Słownie : …………………………………………………………………………………………….…......

2) Cena dzierżawy poz.7 za okres 1-go miesiąca ( bez VAT)................................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

 Cena dzierżawy poz.7 za okres 1-go miesiąca (z VAT)........................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

3)Cena dzierżawy poz. 7 za okres 36 miesięcy (bez VAT)............................................ ………………….

 Słownie : .......................................................................................................................................................

 Cena dzierżawy poz. 7 za okres 36 miesięcy ( z VAT) ...........................................................................

 Słownie: ........................................................................................................................................................

4) Cena pakietu całkowita brutto (poz. 1-7 ) ( bez VAT) ……………… ……………………………….…

 Słownie :………………………………………………………………………………………………..…..

 Cena pakietu całkowita ( poz. 1-7) ( z VAT) ……………………………………………………….…..

 Słownie : …………………………………………………………………………………….………….…

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

Osoba odpowiedzialna **za realizację zamówienia** ze strony Wykonawcy:

imię i nazwisko: ..................................................................

nr tel.: ..............................................................

e-mail pod który Zamawiający ma wysyłać pisemne zamówienia: ………………………………………………………………………

**Dzierżawa następujących analizatorów:**

Producent / Firma: Analizator I ........................................................................ Analizator II…………………………………..........................

Urządzenie / Typ: Analizator I ....................................................................... Analizator II..........................................................................

**Tabela nr 3 Zestawienie parametrów wymaganych –granicznych ( minimalnych ) oferowanych przez Wykonawców**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **Analizator I : parametry wymagane (graniczne)**  | **Parametry wymagane** | **Odpowiedź Wykonawcy** | **Opis zaoferowanych przez Wykonawcę warunków (wypełnia Wykonawca)** |
| 1. | Analizator hematologiczny w pełni automatyczny, fabrycznie nowy, rok produkcji 2021, z pełną gwarancją eksploatacyjną przez cały okres trwania umowy |  Tak |  |  |
| 2. | Odczynniki robocze, materiały kontrolne, akcesoria, części zamienne pochodzą od jednego producenta - producenta analizatora, potwierdzone w oryginalnych dokumentach producenta  | Tak |  |  |
| 3. | Wydajność pomiarowa minimum 100 oznaczeń na godzinę w trybie CBC+5DIFF | Tak |  |  |
| 4. | Ocena minimum następujących parametrów:liczba krwinek czerwonych, stężenie hemoglobiny, hematokryt, wskaźniki czerwonokrwinkowe: MCV MCH MCHC, RDW CV, RDW SD, ocena ilościowa i procentowa mikro i makrocytów,liczba płytek krwi, wskaźniki PCT, PDW, MPV, liczba krwinek białych, ilość i zawartość procentowa: neutrocytów, limfocytów, monocytów, bazocytów, eozynocytów, niedojrzałych granulocytów liczba i odsetek retikulocytów oraz odsetek niedojrzałych retikulocytów IRF, LFR, MFR, HFR, Ret-He.Wszystkie parametry raportowane na wyniku – parametry diagnostyczne, posiadające zakresy referencyjne, zwalidowane przez producenta analizatora i potwierdzone w oryginalnych dokumentach producenta i instrukcji analizatora.Podać pełen zakres możliwych do uzyskania oznaczeń z rozbiciem na tryby pracy ( CBC, CBC + DIFF, CBC+DIFF+RET ) z wyszczególnieniem parametrów diagnostycznych i naukowych | Tak |  |  |
| 5. | Bezpośrednie różnicowanie WBC dokonywane przy zastosowaniu technologii cytometrii przepływowej i pomiaru optycznego | Tak |  |  |
|  6. | Oznaczanie PLT metodą optyczną – parametr raportowany na wyniku– parametr diagnostyczny, posiadający zakres referencyjny, zwalidowany przez producenta analizatora, parametr potwierdzony w oryginalnym dokumencie producenta oraz instrukcji analizatora |  Tak |  |  |
|  7.  | Pomiar ilościowy erytroblastów NRBC w trybie CBC i CBC+ DIFFz automatyczną korektą liczby WBC |  Tak |  |  |
|  8. | Sposób podawania próbki: 1. automatyczny z użyciem podajnika dostosowanego do różnego typu probówek z możliwością załadowaniaco najmniej 50 probówek ( obecnie używane w szpitalu probówki morfologiczne systemu zamkniętego na 1,2 ml krwi zaopatrzone w kulkę – element ułatwiający mieszanie krwi )2. manualny z otwartej dowolnej probówki i próbki pediatrycznej  | Tak |  |  |
| 9. | Objętość próbki krwi nie większa niż 110 μl – wykonanie CBC+5DIFF+RET w dowolnym systemie podawania,przy jednej aspiracji próbki | Tak |  |  |
|  10. | Minimalny zakres liniowości bez rozcieńczeń z pierwszego podstawienia próbki: WBC do 300 x10³/μlPLT do 5000 x10³/μl | Tak |  |  |
| 11.  | Dodatkowy tryb pomiaru WBC dla próbek leukopenicznychTryb uruchamiany automatycznie jako reflex – test i z możliwością wyboru trybu ręcznie z menu analizatora  | Tak |  |  |
| 12. | Pomiar RET w automatycznym systemie podawania razem z CBC + 5 DIFF przy jednej aspiracji próbki | Tak |  |  |
| 13.  | Oznaczanie całkowitej liczby komórek jądrzastych, WBC i RBC, różnicowanie krwinek białych MN% i #, PMN% i # w płynach ustrojowych: płyn mózgowo – rdzeniowy, płyny z jam ciaław osobnym trybie pracy dedykowanym do pracy z płynami z jam ciała i płynem mózgowo- rdzeniowym bez konieczności używania dodatkowych odczynników | Tak |  |  |
|  14. | Wymagana objętość próbki potrzebna do zaspirowania płynów ustrojowych ( płyny z jam ciała , PMR ) w trybie otwartej mikroprobówki ≤ 250 µl |  Tak |  |  |
| 15.  | Wprowadzenie do aparatu próbek CITO w systemie otwartym lub zamkniętym | Tak |  |  |
| 16. | Materiały kontrolne 3 poziomy do krwi i minimum 2 poziomy do płynów, kontrolujące wszystkie parametry diagnostyczne aparatu. W ilości potrzebnej do wykonania kontroli minimum 7 razy w tygodniu przez cały okres trwania umowy z uwzględnieniem terminów ważności. | Tak |  |  |
|  | **Analizator II: parametry wymagane ( graniczne )** |  |  |  |
| 17. | Analizator hematologiczny w pełni automatyczny, rok produkcji nie wcześniej niż 2018r z pełną gwarancją eksploatacyjną, po przeglądzie |  Tak |  |  |
| 18. | Odczynniki robocze, materiały kontrolne, akcesoria, części zamienne pochodzą od jednego producenta - producenta analizatora, potwierdzone w oryginalnych dokumentach producenta  | Tak |  |  |
| 19. | Wydajność pomiarowa minimum 50 oznaczeń na godzinę w trybie CBC+5DIFF | Tak |  |  |
| 20. | Ocena minimum następujących parametrów:liczba krwinek czerwonych, stężenie hemoglobiny, hematokryt, wskaźniki czerwonokrwinkowe: MCV MCH MCHC, RDW CV, RDW SD, liczba płytek krwi, wskaźniki : PCT, PDW, MPV, P-LCR liczba krwinek białych, ilość i zawartość procentowa: neutrocytów, limfocytów, monocytów, bazocytów, eozynocytów Wszystkie parametry raportowane na wyniku – parametry diagnostyczne, posiadające zakresy referencyjne, zwalidowane przez producenta analizatora i potwierdzone w oryginalnych dokumentach producenta i instrukcji analizatora.Podać pełen zakres możliwych do uzyskania oznaczeń z rozbiciem na tryby pracy ( CBC, CBC + DIFF, ) z wyszczególnieniem parametrów diagnostycznych i naukowych  | Tak |  |  |
| 21. | Bezpośrednie różnicowanie WBC dokonywane przy zastosowaniu technologii cytometrii przepływowej i pomiaru optycznego | Tak |  |  |
|  22. | Sposób podawania próbki: manualny z dowolnej probówki lub próbki pediatrycznej podstawianej bezpośrednio pod igłę | Tak |  |  |
|  23. | Objętość próbki krwi nie większa niż 25 μl - wykonanie CBC+ DIFF | Tak |  |  |
| 24. | Minimalny zakres liniowości bez rozcieńczeń z pierwszego podstawienia próbki: WBC do 300 x10³/μlPLT do 2500 x10³/μl  | Tak |  |  |
| 25. | Materiały kontrolne 3 poziomy do krwi kontrolujące wszystkie parametry diagnostyczne aparatu. W ilości potrzebnej do wykonania kontroli minimum 7 razy w tygodniu przez cały okres trwania umowy z uwzględnieniem terminów ważności | Tak |  |  |
|  | **Analizator I i II: parametry wymagane ( graniczne ) dotyczy każdego z oferowanych analizatorów** |  |  |  |
| 26. | Wszystkie odczynniki potrzebne do badań całkowicie bezcyjankowe  | Tak |  |  |
| 27. | Codzienna procedura konserwacyjna wyłączająca analizator z pracy na maksymalnie 30 minut / dobę i niewymagająca ingerencji w analizator. Ponowne uruchomienie analizatora i gotowość do pracy w czasie nie dłuższym niż 15 min. | Tak |  |  |
|  28. | Automatyczne czyszczenie sondy pobierającej | Tak |  |  |
| 29.  | Możliwość wczytywania wszystkich parametrów kontroli krwii kontroli BF za pomocą kodu kreskowego lub nośnika trwałego  | Tak |  |  |
| 30. | Wbudowany moduł kontroli jakości z graficzną i statystyczną oceną wyników kontroli ( wykresy Levey – Jenningsa oraz X- Bar )opartą na wyznaczonych dopuszczalnych limitach dla każdej partii materiału kontrolnego. Wyklucza się oprogramowanie zewnętrzne. | Tak |  |  |
| 31. | Automatyczne monitorowanie i prezentacja stanu odczynników – podane w formie graficznej – z uwzględnieniem ilości i terminu ważności odczynników, podanie na monitorze informacji o poziomie zużycia odczynników w czasie wykonywania rutynowej pracy Możliwość archiwizacji wymiany odczynników | Tak |  |  |
| 32. | Pamięć wyników kontroli jakości, możliwość archiwizacji na innych nośnikach informatycznych | Tak |  |  |
| 33. | Flagowanie wyników patologicznych oraz podawanie komunikatów opisujących stany patologiczne dostępne w wewnętrznym oprogramowaniu analizatorów, bez konieczności instalowania dodatkowego oprogramowania zewnętrznego | Tak |  |  |
| 34. | Możliwość automatycznego przeszukiwania bazy danych w analizatorze, celem porównania wartości liczbowych parametrów raportowanych na wynikach wybranego pacjenta  | Tak |  |  |
| 35. | Interwencja serwisu w dni robocze w czasie do 24 h od momentu zgłoszenia, świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta. Czas naprawy do 72 godz. a w przypadku naprawy powyżej 72 godz. wykonanie badań na koszt Wykonawcy w innym laboratorium. | Tak |  |  |
| 36. | Przeglądy okresowe analizatorów – minimum 2 w ciągu roku,co 6 miesięcy  | Tak |  |  |
|  37.  | Dostarczenie UPS (podtrzymanie pracy analizatora w przypadku zaniku zasilania z sieci elektryczne na minimum 20 minut) i zapewnienie jego ciągłej sprawności: przeglądy, naprawy  | Tak |  |  |
|  38. | Dwukierunkowa komunikacja z LIS Eskulap z wykorzystaniem kodów kreskowych i danych numerycznych | Tak |  |  |
|  39. | Dostarczenie, montaż i uruchomienie analizatora do 4 tygodni od dnia podpisania umowy.  | Tak |  |  |
|  40. | Podłączenie 2 analizatorów do systemu informatycznego Eskulap w terminie do 2 tygodni od dnia instalacji sprzętu (materiały do przyłączenia dostarcza Wykonawca) | Tak |  |  |
| 41. | Dostawa sumatora hematologicznego do liczenia komórek krwi obwodowej | Tak |  |  |
|  42. | Szkolenie personelu laboratorium w obsłudze i interpretowaniu wyników.Szkolenie personelu lekarskiego umożliwiające zapoznanie się z możliwościami wykorzystania informacji diagnostycznej zawartej w wynikach badań. | Tak |  |  |
| 43. | Wykonawca dostarczy przed podpisaniem umowy do siedziby Zamawiającego ( do Kierownika Centralnego Laboratorium) karty charakterystyki substancji niebezpiecznych w formie elektronicznej , instrukcje obsługi analizatorów w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej  | Tak |  |  |
| 44. | Termin ważności odczynników minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego , z wyłączeniem krwi kontrolnej, którą należy zaoferować w ilości zgodnej z terminami jej ważności i stabilności  | Tak |  |  |
| 45. | Zapewnienie zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości w okresie trwania umowy 2022r do 2025r: analizator I – CBC, 5DIFF, RET analizator II – CBC, 5DIFF (2 próbki kontrolne przynajmniej raz na kwartał na każdy analizator (należy podać rodzaj oferowanej kontroli) | Tak |  |  PODAĆ: |
| 46. | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | Tak |  |  |
| 47. | Wykaz autoryzowanych przedstawicieli serwisowych: nazwa firmy, adres, email, telefon  | Tak |  |  PODAĆ: |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**W Tabeli nr 3 w rubryce „Odpowiedź Wykonawcy” wymagana jest odpowiedź TAK zgodna z oferowanymi parametrami/warunkami i potwierdzona opisem w stosownej rubryce. Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku traktowany będzie przez Zamawiającego jako brak danego parametru/warunku w oferowanej aparaturze i skutkować będzie odrzuceniem oferty Wykonawcy.**

**Tabela nr 4 Wraz z dzierżawą dostarczymy 2 zestawy komputerowe spełniające wymagania określone przez Zamawiającego, zgodnie z poniższą tabelą:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry oceniane** | **Wymagana odpowiedź** | **Odpowiedź Wykonawcy** | **Opis zaoferowanych przez Wykonawcę warunków** **( wypełnia Wykonawca )** |
|  1. | **Stacja robocza:**procesor: min. 6-rdzeniowy, min częst. 3,0 GHzpamięć RAM: min. 8 GB dysk twardy: SSD min. 250 GBDVD-RW +/- RWkarta graficzna zintegrowana z procesorem, karta sieciowa: 10/100/1000 Ethernet RJ-45karta wifi,bluetooth,obudowa typu Small Form Factoryporty i złącza: min. 8 portów USB w tym min. 2 porty USB 3.0,porty video: min. HDMIporty audio: wyj. Słuch. I wej. Mikrofonowe – z przodu obudowy jak i z tyłu,  klawiatura USBmysz laserowa USBoprogramowanie typu Windows 10 Pro/ 64-bit., typu Microsoft Office 2019 Standard 64 bit.  | Tak |  |  |
| 2. | **Monitor:**  min. 21,5 cali,rozdzielczość FullHD 1920 x 1080px, HDMI x1, DisplayPort x1, z głośnikami, matryca IPS. | Tak |  |  |
| 3. | **Drukarka:**Laserowa, monochromatyczna, druk dwustronny na papierze A4/A5, min 20-25 str/min, porty: Ethernet, USB | Tak |  |  |
|  4. | **Czytnik kodów kreskowych:**portu USB, czytający kod 39/128C, programowalny suffix i prefix | Tak |  |  |
|  5. | **Kabel transmisyjny:**kabel pomiędzy aparatem laboratoryjnym a komputerem | Tak |  |  |
|  6. | **Oprogramowanie:**interfejs programowy pomiędzy aparatem lab. a szpitalnym oprogramowaniem: Eskulap ( po stronie Wykonawcy ) | Tak |  |  |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**W Tabeli nr 4 w rubryce „Odpowiedź Wykonawcy” wymagana jest odpowiedź TAK zgodna z oferowanymi parametrami/warunkami i potwierdzona opisem w stosownej rubryce. Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku traktowany będzie przez Zamawiającego jako brak danego parametru/warunku w oferowanej aparaturze i skutkować będzie odrzuceniem oferty Wykonawcy.**

**TABELA nr 5: Zestawienie parametrów ocenianych (w ramach kryterium oceny ofert: Ocena parametrów technicznych)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry oceniane** | **Wymagana odpowiedź** | **Odpowiedź Wykonawcy****TAK/NIE** | **Opis zaoferowanych przez Wykonawcę warunków** **(wypełnia Wykonawca)** | **Sposób oceny** |
|  1. | Odczynniki do analizatora backup kompatybilne z odczynnikami do analizatora podstawowego, umożliwia to ekonomiczne gospodarowanie odczynnikami | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 1  NIE – 0 |
| 2. | Pomiar hematokrytu oznaczany, nie wyliczany na zaoferowanych analizatorach. | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE – 0 |
| 3. | Jeden materiał kontrolny umożliwiający kontrolę wszystkich wymaganych parametrów tj. CBC, 5 DIFF i retikulocytówdla obu analizatorów | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE – 0 |
|  4. | Metoda oznaczania hemoglobiny z siarczanem laurylu sodu ( met. SLS ) na oferowanych analizatorach | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE - 0 |
|  5. | Dodatkowy pomiar WBC dla próbek leukopenicznychna analizatorze backup | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE - 0 |
|  6. | Min. jeden analizator oznaczający/wyliczający następujące parametry: reaktywne limfocyty, limfocyty syntetyzujące p/ciała podawane jako parametry diagnostyczne raportowane na wyniku | Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 4 NIE - 0 |
|  7.  | Materiał kontrolny BF pochodzący od producenta analizatora posiadający oprócz RBC i WBC zwalidowane parametry różnicowania komórek MN% i # oraz PMN% i # oraz TNC  |  Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE - 0 |
|  8.  | Parametry raportowane na wyniku – parametry diagnostyczne, posiadające zakresy referencyjne :analizator podstawowy P-LCR analizator backup ocena ilościowa i procentowa mikro i makrocytów |  Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK – 5  NIE - 0 |
|  9. | W oparciu o materiał do codziennej kontroli zapewnienie udziału w zewnętrznej kontroli jakości, przesyłanej automatycznie on-line bezpośrednio z analizatorów po wykonaniu kontroli z możliwością uzyskania raportów miesięcznych i certyfikatów uczestnictwa |  Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK - 1 NIE - 0 |
|  10.  | Zapewnienie modułu serwisowego do zdalnego dostępu w celu serwisowania i kontrolowania pracy analizatorów oraz wsparcia technicznego i merytorycznego |  Tak/Nie | Podać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |  | TAK - 4  NIE - 0 |

**Załącznik nr 2 (stanowi treść oferty)**

**PN/20/21**

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie: **trybie przetargu nieograniczonego pn.: Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy. PN-20/21**

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:……………………………**

**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:

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

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

stawka podatku VAT (%)...........................................................................................

\*cena brutto (z VAT)............................................................................................................ Słownie................................................................................................................

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę. Musi być zgodna z częścią asortymentowo – cenową tj.: tabelą nr 2, zawartą w załączniku nr 1 do SWZ.**

1. **Pozostałe wymagane informacje do sporządzenie umowy:**
	1. **Termin płatności: 30 dni**
	2. **Okres obowiązywania umowy : 36 miesięcy**
	3. **Termin dostawy do 5 dni roboczych** od daty otrzymania pisemnego zamówienia **Wpisać termin dostawy jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje że termin dostawy wynosi max do 5 dni robocze, podać w dniach)…………….**
2. 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. oferowane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego odczynniki i urządzenia (dotyczy dzierżawy) spełniają wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, są kompletne i będą po dostarczeniu gotowe do użycia - bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ze strony 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.\*\*

1. **Tajemnica przedsiębiorstwa:** TAK/NIE\*\*

**…**…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………...**\***

\*W przypadku odpowiedzi TAK, Wykonawca wskaże te informacje i dokumenty które zawierają informację stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj można podać numer stron/nazwy złożonych dokumentów/nazwy plików zawierających takie informacje itd.) Informacje i dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa należy złożyć zgodnie z SWZ (Cześć II Komunikacja).

\*\*Braku jakiejkolwiek odpowiedzi oznacza że wszystkie załączniki do oferty są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

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

1.…….

2.…….

3.…….

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

**Załącznik nr 3** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

**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**

1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy** *,* 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**

**PN 20/21 Wykonawca dostarczy na wezwanie**

**Wykonawca**

**………………………..**

**………………** data

Nazwa, adres

**Dotyczy postępowania na:**

**Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

 (w zakresie art. 108 ust 1 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego 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 potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

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

***Załącznik Nr 5 do SWZ PN 20/21 (dostarczyć na wezwanie)***

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy**

 **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.: Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy (TP 20/21)**, o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp **są nadal aktualne.**

**Załącznik nr 6 – (Wykonawca dołączy do oferty)**

**PN 20/21**

***Przedmiot* :** : **Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy**

**……………………….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

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)\*.

1. ) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)