Załącznik nr 1 SWZ

Znak sprawy: **08/TP/2024**

## FORMULARZ OFERTOWY

### *Pożądane jest złożenie oferty na druku jak niżej przedstawiono*

I. Dane Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Nazwa Wykonawcy:** |  |
| 2. | **Adres, ulica:** |  |
| 3. | **Kod, miejscowość, województwo:** |  |
| 4. | **Numer telefonu:** |  |
| 5. | **Numer faksu:** |  |
| 6. | **Adres e-mail:**  (podać obowiązkowo) |  |
| 7. | **NIP:** |  |
| 8. | **REGON:** |  |
| 9. | **Adres e-mail:**  (na który będą wysyłane zamówienia) |  |

II. Oferta:

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 punkt 1 Ustawy Prawo zamówień publicznych w zakresie:

**„Zakup i sukcesywna dostawa odczynników i kontroli wraz z dzierżawą analizatora do badania moczu dla SP ZOZ MSWiA w Kielcach im. św. Jana Pawła II”** w imieniu swoim i reprezentowanej firmy składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie brutto wynikające z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę łączną:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wartość netto: |  | |
|  | Wartość netto słownie: |  | |
|  | VAT: | **[%] -** [….] | kwota: |
|  | VAT słownie: |  | |
|  | Wartość brutto: |  | |
|  | **Wartość brutto słownie:** |  | |

W tym:

Wartość za dostawę odczynników do badania właściwości fizyko-chemicznych oraz osadu moczu wraz z dzierżawą analizatora (na okres 36 miesięcy) (dzierżawa + odczynniki)   
brutto: […………………..…] zł. 00/100 gr. (słownie: [………………………………………………………………………………..] zł.00/100 gr. brutto)

netto: [……………….…] zł. 00/100 gr. (słownie: [……………………………………………………………………….…] zł. 00/100 gr. netto) VAT [....] %: [………….…] zł. 00/100 gr. (słownie: [………………………………………………………………………………………] zł. 00/100 gr.)

Wartość dzierżawy analizatora za okres 1 miesiąca:

brutto: […………………] zł. 00/100 gr. (słownie: [………………………………………………………….……………………] zł. 00/100 gr. brutto)

netto: [………………...…] zł. 00/100 gr. (słownie: [……………………………………………………………………………] zł. 00/100 gr. netto) VAT [..…] %: […………………………….] zł. 00/100 gr. (słownie: […………………………………………………………………………….…] zł. 00/100 gr.)

SPECYFIKA I PARAMETRY GRANICZNE ANALIZATORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry graniczne analizatora:** | | **TAK/NIE** |
| 1. | Analizator nowy , rok produkcji nie wcześniej niż 2023. |  |
| 2. | Analizator hybrydowy -moduł do analizy pasków i moduł do analizy osadu stanowią jeden analizator |  |
| 3. | Metoda pomiaru – cytometria przepływowa z  ogniskowaniem hydrodynamicznym , cyfrowa analiza obrazu mikroskopowego z dokumentacją fotograficzną . |  |
| 4. | Wydajność analizatora - nie mniejsza niż 60 testów /h dla obu badań (pasek+osad) |  |
| 5. | Analizator z automatycznym podajnikiem na co najmniej 50 próbek |  |
| 6. | Mocz aspirowany bezpośrednio bez wstępnego przygotowania (odwirowania) |  |
| 7. | Mocz aspirowany bezpośrednio z probówki. Bez przelewania do specjalnych dodatkowych kuwet. |  |
| 8. | Objętość aspirowanego moczu (pasek+osad) nie większa niż 3 ml |  |
| 9. | Fizyczny pomiar ciężaru właściwego, barwy i przejrzystości próbki przy użyciu refraktometru i turbidymetru , nie dopuszcza się odczytu z paska. |  |
| 10. | Wymagane parametry fizykochemiczne – minimum 17 parametrów : pH, glukoza, białko, krew, urobilinogen, bilirubina, ketony, azotyny, leukocyty, kwas askorbinowy, mikroalbumina, wapń, kreatynina, ciężar właściwy, barwa moczu, przejrzystość moczu, współczynnik ACR |  |
| 11. | Możliwość pracy na różnych rodzajach pasków: paski 10,11,12,13,14 -parametrowe |  |
| 12. | Możliwość dokładania pasków bez przerywania pracy analizatora |  |
| 13. | Materiał kontrolny dla ciężaru właściwego – na minimum 3 poziomach |  |
| 14. | Wyniki badania osadu moczu podawane w ul (mikrolitr) lub w polu widzenia (HPF) |  |
| 15. | Ilościowa analiza  co najmniej 12 elementów morfotycznych morfotycznych w osadzie |  |
| 16. | Możliwość manualnego wprowadzania zmian w ocenie elementów morfotycznych |  |
| 17. | Możliwość ostatecznej walidacji wyników badania moczu przed wysłaniem do LIS. |  |
| 18. | Funkcja automatycznej walidacji wyników spełniających kryteria określone przez użytkownika |  |
| 19. | Możliwość ustawienia własnych progów dla badania chemicznego i osadu, sugerujących wykonanie dodatkowego badania mikroskopowego lub posiewu moczu |  |
| 20. | Co najmniej 10 pomyślnych instalacji proponowanego analizatora, w tym co najmniej 3 w całodobowych placówkach szpitalnych |  |
| 21. | Wewnętrzna pamięć wyników – nie mniejsza niż 100 000 |  |
| 22. | Wbudowany czytnik kodów paskowych |  |
| 23. | Dwukierunkowa transmisja danych i podłączenie do systemu ATD- software na koszt oferenta |  |
| 24. | Oferent zobowiązany jest do zapewnienia udziału w kontroli zewnętrznej Labquality 1x w roku |  |
| 25. | Wykonawca zapewnia bezpłatne szkolenie dla personelu PDL w siedzibie zamawiającego oraz dla lekarzy na terenie szpitala. |  |
| 26. | Oferent zapewni aparat backup do badania właściwości fizyko-chemicznych moczu |  |
| 27. | Bezpłatny serwis gwarancyjny w okresie trwania umowy ( naprawy, przegląd serwisowy 1 x w roku ) |  |
| 28. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii i podjęcie naprawy analizatora- max. 48 h. |  |
|  | **Wymagania punktowane** |  |
| 1. | Ilość wykonanych zdjęć z każdej próbki – nie mniejsza niż 950 | TAK-20 pkt NIE-0 pkt |
| 2. | Kalibracja badania fizykochemicznego przy pomocy oddzielnego paska kalibracyjnego wielokrotnego użytku | TAK-20 pkt NIE-0 pkt |

III. Potwierdzenie spełnienia wymagań Specyfikacji Warunków Zamówienia.

1. Oświadczamy, ze zapewniamy realizację zmówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w SWZ i załącznikach do SWZ z terminem płatności 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej uwag i zastrzeżeń.
3. W składanej ofercie uwzględnione zostały wszystkie wyjaśnienia i zmiany w SWZ opublikowane przez Zamawiającego do terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że zawarte w SWZ „Projektowane postanowienia umowy”, w których określono warunki realizacji zamówienia, zostały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nich zaproponowanych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

IV. Oświadczam/y, że:

1. **NIE UTAJNIAMY\***żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
2. **UTAJNIAMY\*** informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa   
   w zakresie:

* nazwa utajnionego dokumentu i zakres informacji *(podać)*: ……………….…………………………

**\*** Niepotrzebne skreślić

1. **Wykonawca zamierza powierzyć cześć zamówienia podwykonawcom: TAK / NIE1** - wskazać część zamówienia,…………………………….……….……………..……………………………………………  
   Wykonawca zamierza powierzyć część zamówienia następującym podwykonawcom *(należy podać nazwy podwykonawców jeżeli są już znani)*: ….……………………..……………………………………………………

1Niepotrzebne skreślić

1. **Wykonawca oświadcza, że wybór oferty** **BĘDZIE / NIE BĘDZIE2** prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług.

2Niepotrzebne skreślić

1. W przypadku gdy złożona oferta prowadziłaby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca obowiązkowo w ofercie wskazuje:
   1. nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego *(podać)*: ……………………………………………………………………..
   2. wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku *(podać)*: …………………………….…………………………………………………………………
   3. wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie *(podać): ……………………………………………………………………………………………*
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art.13 lub art.14 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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.U. UE L119 z 04,05,2016 r.str.1)
3. Oświadczam/y, że:

|  |
| --- |
| * 1. jestem/jesteśmy: |
| * 1. mikroprzedsiębiorstwem   2. małym   3. średnim przedsiębiorstwem |
| * 1. nie jestem/ nie jesteśmy mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem |

**\***Należy zaznaczyć krzyżykiem odpowiednie pole

Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby, którą należy wpisać do umowy jako osobę reprezentującą firmę i z którą zostanie podpisana umowa:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja** |
|  |  |
|  |  |

Imię i nazwisko osoby do kontaktu w sprawie zamówienia, odpowiedzialnej za realizację przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko:** |  |
| 2. | **Adres e-mail:** |  |
| 3. | **Numer telefonu:** |  |
| 4. | **Numer faksu:**  (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | **Adres e-mail** na który będą przesyłane zamówienia |  |
| 6 | **Adres e-mail** na który będą przesyłane reklamacje |  |

Integralną część niniejszej oferty jako załączniki stanowią poniższe oświadczenia i dokumenty:

1. ………………………………………..
2. ………………………………………..
3. ………………………………………..
4. ………………………………………..