Załącznik nr 1 SWZ

Znak sprawy: **23/TP/2022**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II

ul. Wojska Polskiego 51, 25-375 Kielce

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**w trybie podstawowym o wartości mniejszej niż progi unijne zgodnie z art. 275 pkt 1)**

(Pożądane jest złożenie oferty na druku jak niżej przedstawiono)

1. Dane Wykonawcy:

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

1. Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt.1 Ustawy Prawo zamówień publicznych w zakresie: „**Zakup i sukcesywna dostawa odczynników , krwinek i materiałów zużywalnych do oznaczeń w serologii transfuzjologicznej metodą mikrokolumnową, do posiadanego przez Zamawiającego sprzętu DiaMed”.**

W imieniu swoim i reprezentowanej firmy składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie brutto wynikające z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.
 | **Wartość netto za odczynniki:** | kwota: |
|  | **VAT** (za odczynniki): | [%] - ..... | kwota: |
|  | **Wartość brutto** za odczynniki**:** | kwota: |
| Słownie: |
|  | **Wartość netto za kontrolę serologiczną, zewnętrzną :** | kwota: |
|  | **VAT** (za kontrolę zewnętrzną): | [%] - ..... | kwota: |
|  | **Wartość brutto** za kontrolę serologiczną, zewnętrzną**:** | kwota: |
| słownie |
|  | **Wartość netto za dzierżawę aparatury:** | kwota: |
| słownie: |  |
|  | **Vat** (za dzierżawę aparatury): | [%] - ..... | kwota: |
|  | **Wartość brutto za dzierżawę aparatury:** | kwota: |
| słownie: |  |
|  | **Razem brutto (wartość za odczynniki + wartość brutto za kontrolę serologiczna zewnętrzną + wartość brutto za dzierżawę aparatury)** | kwota: |
| słownie: |  |

1. **Graniczne parametry jakościowo – techniczne dotyczące dostawy odczynników, krwinek i materiałów zużywalnych do oznaczeń w serologii transfuzjologicznej metodą mikrokolumnową opartą na aglutynacji krwinek czerwonych na kolumnach wypełnionych żelem dekstranowym, do posiadanego przez Zamawiającego sprzętu DiaMed (ID-Certifuge 12SII).**

**TABELA 1:** **Zestawienie parametrów wymaganych – granicznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane (graniczne)** | **Warunek****Graniczny** | **Odpowiedź** **Wykonawcy****TAK/NIE** | **Opis zaoferowanych przez Wykonawcę warunków****(wypełnia Wykonawca)** |
|  | **ODCZYNNIKI** |  |  |  |
| 1 | Badanie przeglądowe przeciwciał pośrednim testem antyglobulinowym. Mikrokolumny do testu P{TA-LISS wypełnione surowicą poliwalentną | TAK |  |  |
| 2 | Próba zgodności w PTA-LISS.Mikrokolumny do testu PTA-LISS wypełnione surowicą poliwalentną.  | TAK |  |  |
| 3 | Badanie grup krwi układu ABO Poz 1. Mikrokolumny do oznaczeń ABO/DVI- z rewersem grupowym. Profil karty Anty A-B-DVI—Ctl/A1-B dostępny na jednej karcie. | TAK |  |  |
| 4 | Mikrokolumny do testu potwierdzenia ABO/DVI+. Inne klony D niż w serii podstawowej potwierdzenie z klonem wykrywającym kategorię VI+. podać nazwy klonów dla obu serii kart grupowych. | TAK |  |  |
| 5 | Karty do potwierdzeń grupy krwi Dawca/Biorca odpowiednio DVI+/DVI-.Podać nazwy obu klonów. | TAK |  |  |
| 6 | Badanie grup krwi układu ABO Poz 3. Karta do grupy krwi bez izoaglutynin z podwójnym oznaczeniem antygenu DVI+ i DVI- Profil karty Anty A-B-AB-DVI+-DVI—Ctl dostępny na jednej karcie podać nazwy klonów. | TAK |  |  |
| 7 | Badanie grup krwi układu ABO Poz 4. Karta do grupy krwi z izoaglutyninami z podwójnym oznaczeniem antygenu DVI+ i DVI- Profil karty Anty A-B-DVI+-DVI-/A1-B dostępny na jednej karcie podać nazwy klonów. | TAK |  |  |
| 8 | Metodyka oznaczeń pozwalająca na eliminowanie płukania krwinek czerwonych przed wykonaniem badania. Stężenie robocze krwinek czerwonych poniżej 1%. | TAK |  |  |
| 9 | Krwinki firmowe gotowe do użycia-zawieszone w roztworze LISS | TAK |  |  |
| 10 | Odczynniki gotowe do użycia. Do kalkulacji należy doliczyć niezbędne firmowe odczynniki i materiały zużywalne do w/w oznaczeń. | TAK |  |  |
| 11 | Odczynniki do przygotowania krwinek badanych o trwałości minimum 6miesięcy po otwarciu. | TAK |  |  |
| 12 | Termin ważności odczynników po dostawie minimum 9 miesięcy z wyjątkiem krwinek wzorcowych min.5 tygodni. | TAK |  |  |
| 13 | Konieczność przechowywania wszystkich kart w temperaturze pokojowej. | TAK |  |  |
| 14 | Dostawa transportem monitorowanym pod względem temperatury 2-8°C. | TAK |  |  |
| 15 | Wszystkie oferowane produkty, sprzęt od jednego producenta, zapewniające walidację metody. | TAK |  |  |
| 16 | Oferent zobowiązany jest dostarczyć oświadczenie od producenta sprzętu o możliwości bezpiecznego stosowania proponowanego asortymentu w przypadku innych kart i odczynników niż DiaMed | TAK |  |  |
| **APARATURA** |
| 17 | Pipety automatyczne nieelektroniczne dedykowane do systemu:2szt z powtarzalnym dozowaniem z wyrzutnikiem | TAK |  |  |
| 18 | Inkubator na minimum 24 mikrokarty. | TAK |  |  |
| 19 | Dozownik do odczynnika LISS, umożliwiający precyzyjne odmierzanie. | TAK |  |  |
| 20 | Wirówka laboratoryjna z wirnikiem horyzontalnym o wymiarach nie mniejszych niż 265x 350x430 i obrotach regulowanych w zakresie 300-4500 RPM | podać |  |  |
| 21 | Lodówka do przechowywania krwinek, Diluentów…etc | Podać |  |  |
| 22 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |  |
| 23 | Okres gwarancji na wszystkie elementy w pakiecie biegnący od daty podpisania protokołu odbioru przez okres trwania umowy | TAK |  |  |
| 24 | Bezpłatny serwis i walidacja wszystkich elementów w Pakiecie przez cały okres trwania umowy. Walidacja posiadanej na własność wirówki doliczona do oferty. | TAK |  |  |
| 25 | Gwarantowany czas naprawy max.48 godzin od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK |  |  |
| 26 | Telefoniczna dostępność serwisu 24 godziny na dobę | TAK |  |  |
| 27 | Nazwa serwisu, adres ,nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa | podać |  |  |
| 28 | W ramach oferty Wykonawca na własny koszt i we własnym zakresie dokona instalacji  | TAK |  |  |

**Oceniane parametry jakościowo – techniczne dotyczące dostawy odczynników, krwinek i materiałów zużywalnych do oznaczeń w serologii transfuzjologicznej metodą mikrokolumnową opartą na aglutynacji krwinek czerwonych na kolumnach wypełnionych żelem dekstranowym, do posiadanego przez Zamawiającego sprzętu DiaMed (ID-Certifuge 12SII).**

**TABELA 2: Zestawienie parametrów technicznych (w ramach kryterium: Ocena parametrów technicznych)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry oceniane** | **Wymagana odpowiedź** | **Odpowiedź Wykonawcy****TAK/NIE** | **Opis zaoferowanych przez Wykonawcę warunków (wypełnia Wykonawca)** | **Sposób oceny** |
| 1. | Oferowane Odczynniki i sprzęt producenta DiaMed marka BioRad | Tak/Nie |  |  | TAK - 34  NIE - 0 |
| 2. | Kontrola kwartalna, międzynarodowa certyfikowana pochodzi od tego samego producenta co odczynniki i sprzęt | Tak/Nie |  |  | TAK - 6  NIE - 0 |

Uwagi! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi.

1. W Tabeli 1 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 jako brak danego parametru/warunku i skutkować będzie odrzuceniem oferty.
2. W Tabeli 2 w rubryce „Odpowiedź Wykonawcy” wymagana jest odpowiedź TAK lub NIE zgodna z oferowanymi parametrami/warunkami i potwierdzona opisem w stosownej rubryce. Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku (i zostanie oceniony w sposób szczegółowo określony w tabeli).
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji urządzeń i ich parametrów technicznych.
4. **Potwierdzenie spełnienia wymagań Specyfikacji Warunków Zamówienia.**
5. 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.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej uwag i zastrzeżeń.
7. Oświadczamy, iż oferowane w postępowaniu przetargowym (powyżej wyspecyfikowane) urządzenia są kompletne i będą po zainstalowaniu gotowy do użycia - bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
8. Oświadczamy, że wszystkie przedstawione powyżej dane w rozdz. III są prawdziwe oraz zobowiązujemy się (w przypadku wybrania naszej oferty) do dostarczenia Zamawiającemu analizatora spełniającego wszystkie wyspecyfikowane parametry.
9. W składanej ofercie uwzględnione zostały wszystkie wyjaśnienia i zmiany w SWZ opublikowane przez Zamawiającego do terminu składania ofert.
10. 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.
11. **Oświadczam/y, że:**
12. **NIE UTAJNIAMY\***żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
13. **UTAJNIAMY\*** informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa w zakresie:
* nazwa utajnionego dokumentu i zakres informacji *(podać)*: ……………….…………………………

**\*** niepotrzebne skreślić

1. W związku z utajnieniem w/w dokumentów oświadczamy, że:
* wymienione wyżej informacje zostały w naszej firmie objęte ochrona jako nieujawnione, objęta tajemnicą przedsiębiorstwa,
* informacje te nie były nigdzie jawnie publikowane, nie stanowiły one części materiałów promocyjnych
i podobnych, ani nie zapoznawano z nimi innych jednostek gospodarczych i administracyjnych w trybie jawnym,
* zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,
* informacje te nie wchodzą w zakres informacji składanych w rejestrach sądowych przez spółki
i przedsiębiorstwa, nawet jeśli nasza jednostka nie jest zobowiązana do składania takich dokumentów w sądach rejestrowych.
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
	4.
 |
| * 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.*

1. Imię i nazwisko oraz funkcja osoby, którą należy wpisać do umowy jako osobę reprezentującą firmę:

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

1. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko:** |  |
| 2. | **Adres e-mail:** |  |
| 3. | **Numer telefonu:** |  |
| 4. | **Numer faksu:**(jeżeli dotyczy) |  |

1. Integralną część niniejszej oferty jako załączniki stanowią poniższe oświadczenia i dokumenty:
2. ………………………………………..
3. ………………………………………..
4. ………………………………………..