**ZAŁĄCZNIK Nr 1**

**33/ZP/2020**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| Nazwa Wykonawcy................................................................................................................................................Adres:....................................................................................................................................................................NIP:.............................................................REGON...............................................................................................Tel…………………………………………e-mail………………………………………………………………………...………………………………… |

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym**,** którego przedmiotem jest: „**Dzierżawa automatycznych analizatorów hematologicznych wraz z dostawą odczynników i  materiałów zużywalnych”** przedstawiamy ofertę na wykonanie w/w zamówienia publicznego zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |
| --- |
| 1. Łączna wartość oferty netto: ………………………………………….zł

słownie:……………………………………………................................................................................................................1. Podatek VAT: ………………………………………………………………...zł

słownie: ……………………………………………………………..............................................................................................1. Łączna wartość brutto oferty:………………………………………..zł słownie:……………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….
2. **Oferujemy termin płatności**………………………………...dni ( min. **14** dni, max **30** dni)
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i uważamy się za związanych z niniejszą ofertą na warunkach określonych w SIWZ.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ogólnymi warunkami umowy (załącznik nr 4 do SIWZ), który został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
5. Oferta składa się z ……… kolejno ponumerowanych stron.
6. Oświadczamy, że jesteśmy / nie jesteśmy \* podatnikiem podatku VAT.

\* niepotrzebne skreślić 9. Oświadczamy, że posiadamy status przedsiębiorstwa[[1]](#footnote-1): mikro małe średnie 10. Oświadczamy, że w przypadku wybrania oferty , umowę podpisywali będą: ……………………………........... …………………………………………................ (imię i nazwisko) (pełniona funkcja)11. Osoba do kontaktu: …………………………………………………. Tel: ………………………. E-mai…………………………………….Miejscowość:……………………………. Data: ………………………………… ……………………………………………. podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)  Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących  wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik. |

**ZAŁĄCZNIK Nr 3**

33/ZP/2020

Nazwisko i adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………………………………………..…\*
(w przypadku oferty wspólnej należy wymienić wszystkich Wykonawców ze wskazaniem Pełnomocnika, a poniżej jego dane).

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest „Dzierżawa automatycznych analizatorów hematologicznych wraz z dostawą odczynników i  materiałów zużywalnych”oświadczamy, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego SIWZ .

 ............................................., ............... 2020 r. ..………........................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………….., w następującym zakresie: ……………………………………………… (wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

.............................................,...............2020r. ..………...........................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**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.

............................................., ............... 2020 r. ..………........................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

Nazwisko i adres Wykonawcy…………………………………………………………………………………………………………………\*
(w przypadku oferty wspólnej należy wymienić wszystkich Wykonawców ze wskazaniem Pełnomocnika, a poniżej jego dane).

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym, którego przedmiotem jest „Dzierżawa automatycznych analizatorów hematologicznych wraz z dostawą odczynników i  materiałów zużywalnych” oświadczamy, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23, art. 24 ust. 5 pkt.1-8 ustawy Pzp.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

 Selfcleaning ( samooczyszczenie)

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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 i ust. 5). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………..……………………………………………

 …................................, …............ 2020 r. ..…………...............................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**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.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik

**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.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \* - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**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.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

Wzór oświadczenia wymaganego od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w \_art. 13 lub \_art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

….........................................., …............ 2020 r.……………………………………………………..

podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy - w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**ZAŁĄCZNIK Nr 5 33/ZP/2020**

**WYKAZ DOSTAW**

**DOŚWIADCZENIE WYKONAWCY** (min. jedna dostawa)

**(Dokument składany przez Wykonawcę po wezwaniu przez Zamawiającego zgodnie z pkt 10 ppkt 6.3 SIWZ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu na rzecz, którego dostawa została realizowana, zrealizowana  | Opis zamówienia, zakres, wartość  | Data wykonania |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dołączam/my dokumenty (referencje) potwierdzające, że wyżej wymieniona dostawa/dostawy wykonane zostały należycie.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**ZAŁĄCZNIK nr 2A** **33/ZP/2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Potwierdzenie spełniania warunku****TAK/NIE** | **Opis****oferowanego parametru** |
| 1. | **Analizator podstawowy** - nowy, rok produkcji 2020, wyposażony w automatyczny podajnik na min. 50 próbek, z możliwością uzupełniania statywów w trakcie pracy oraz oznaczania próbek w trybie pilnym. |  |  |
| 2. | Analizator o wydajności 80 oznaczeń (+/-3) /h z możliwością automatycznego oznaczania parametrów RET bez barwienia wstępnego. |  |  |
| 3. | Automatyczny pomiar oraz bezpośrednie różnicowanie WBC 5-DIFF dokonywane przy zastosowaniu techniki cytometrii przepływowej i pomiaru absorbancji światła. |  |  |
| 4. | Automatyczna analiza minimum 24 parametrów raportowanych na wyniku, skattergram dla WBC 5-DIFF, histogramy, HGB – metoda bezcyjankowa. |  |  |
| 5 | Oprogramowanie analizatora w języku polskim |  |  |
| 6. | Objętość próbki w trybie krwi pełnej nie więcej niż 80 μl |  |  |
| 7. | Minimalne zakresy liniowości pomiaru parametrów / z jednej analizy bez rozcieńczania/WBC- 0,00-100x103/μl, PLT-0,0- 1 000 x 103/μl, RBC-0,0- 7M/μl, HGB do 24 g/dl. |  |  |
| 8. | Oprogramowanie KJ obejmujące system L-J, umożliwiające rejestrację codziennej KJ na trzech poziomach. |  |  |
| 9. | Możliwość automatycznego rozcieńczania próbki i wykonywania testów powtórkowych. |  |  |
| 10. | Obsługa analizatora przez komputer PC z drukarką (zestaw dołączony do analizatora tj. komputer PC, drukarka, mysz, klawiatura) wraz z oprogramowaniem warunkującym prawidłowe funkcjonowanie komputera. |  |  |
| 11. | Prezentacja pełnego wyniku na ekranie – wszystkie parametry wraz z rozdziałem WBC, skattergramem i histogramami. Możliwość wydruku wyników w formatach A4 . Flagowanie wyników patologicznych. |  |  |
| 12. | Oznaczanie bazofili w odrębnym, przeznaczonym do tego celu, kanale pomiarowym. |  |  |
| 13. | Współpraca z istniejącą w laboratorium siecią komputerową – dwukierunkowy interfejs. Wykonawca zobowiązany jest do włączenia analizatorów do istniejącej sieci i w ofercie uwzględni koszt podłączenia i konfiguracji do programu ESKULAP. |  |  |
| 14. | Niezbędne codzienne czynności konserwacyjne uruchamiane automatycznie.  |  |  |
| 15 | Gwarancja techniczna przez cały okres trwania umowy- uwzględniająca koszty napraw, wymiany podzespołów, okresowych przeglądów serwisowych oraz wszystkich części i akcesoriów nieuwzględnionych w formularzu oferty. |  |  |
| 16. | Instalacja, uruchomienie analizatora oraz szkolenie personelu laboratorium w zakresie obsługi i interpretacji wyników na koszt wykonawcy. |  |  |
| 17. | Certyfikat CE dla odczynników analizatora. |  |  |
| 18. | Czas reakcji serwisu; 12 godz. od chwili zgłoszenia awarii, a usunięcie awarii do 48 godz. od chwili zgłoszenia. |  |  |
| 19. | Wykonawca dostarczy wraz z odczynnikami krew kontrolną do wykonania badań kontrolnych codziennie na 3 poziomach przez cały okres trwania umowy. (Oddzielny materiał kontrolny dla parametrów retikulocytarnych). |  |  |
| 20. | Wszystkie odczynniki, kontrole i kalibratory pochodzące od tego samego producenta co analizator. Odczynniki dedykowane do analizatora poświadczone zapisem w instrukcji obsługi aparatu.  |  |  |
| 21. | **Analizator uzupełniający** nie starszy niż z 2018 r. bez podajnika. |  |  |
| 22. | Oprogramowanie analizatora w języku polskim. |  |  |
| 23. | Wydajność analizatora uzupełniającego min. 50 oznaczeń/godz. w trybie CBC+DIFF. |  |  |
| 24. | Objętość próbki w trybie CBC+DIFF w analizatorze uzupełniającym nie więcej niż 20 µl. |  |  |
| 25. | Pomiar dużych niedojrzałych komórek granulocytarnych, monocytarnych i limfocytarnych wyrażony jako wspólna frakcja LIC% i LIC# w obu analizatorach, możliwość wydruku na wyniku pacjenta.  |  |  |
| 26. | Gwarancja techniczna przez cały okres trwania umowy- uwzględniająca koszty napraw, wymiany podzespołów, okresowych przeglądów serwisowych oraz wszystkich części i akcesoriów nieuwzględnionych w formularzu oferty. |  |  |
| 27. | Instalacja, uruchomienie analizatora oraz szkolenie personelu laboratorium w zakresie obsługi i interpretacji wyników na koszt wykonawcy. |  |  |
| 28. | Certyfikat CE dla odczynników analizatora. |  |  |
| 29. | Czas reakcji serwisu; 12 godz. od chwili zgłoszenia awarii, a usunięcie awarii do 48 godz. od chwili zgłoszenia. |  |  |

Warunkiem koniecznym jest spełnienie wszystkich wymagań technicznych zawartych w powyższym zestawieniu.

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik.

**Załącznik nr 2B**

 **33/ZP/2020**

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |
| --- |
| 1. **Dzierżawa podstawowego automatycznego analizatora hematologicznego z możliwością pomiarów retikulocytów.**

**Ilość badań w okresie 36 miesięcy: 60 000** (w wyliczeniach uwzględniono pomiary prób kontrolnych na analizatorze podstawowym – na trzech poziomach, 7 dni w tygodniu)  |
|  | Nazwa analizatora (model, data produkcji, nazwa producenta) | Ilość miesięcy | Cena netto miesięcznie | **Wartość netto** (Wartość netto = cena netto x Ilość miesięcy) | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość VAT** (Wartość VAT = Wartość netto x Stawka podatku VAT) | **Wartość brutto** (Wartość brutto = Wartość netto + Wartość VAT) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4x3 | 6 | 7 | 8=5+7 |
| Dzierżawa analizatora |   | 36 |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment, nazwa  | j.m. | Oferowana wielkość opakowania | Ilość opakowań na 36 miesięcy  | Cena netto za opakowanie | **Wartość netto** (Wartość netto = cena netto za op. x Ilość) | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość VAT** (Wartość VAT = Wartość netto x Stawka podatku VAT) | **Wartość brutto** (Wartość brutto = Wartość netto + Wartość VAT) | Nazwa lub nr katalogowy ora producent zaoferowanego asortymentu |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=6x5 | 8 | 9 | 10=7+9 | 11 |
| 1 | Odczynniki\* |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Materiały kontrolne, materiały zużywalne i pozostałe niezbędne materiały\*\* |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 2.1. |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 2.2. |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| Razem: |  | x | x |  | x |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\* każdy rodzaj odczynników należy wpisać w osobnym wierszu** |  |  |
| **\*\* każdy rodzaj materiałów zużywalnych i kontroli należy wpisywać w osobnych wierszach**  |

|  |
| --- |
| 1. **Dzierżawa uzupełniającego automatycznego analizatora hematologicznego**

**Ilość badań w okresie 36 miesięcy: 5 000 (**w wyliczeniach uwzględniono pomiary prób kontrolnych na analizatorze uzupełniającym – 1 poziom, 7 dni w tygodniu) |
|  | Nazwa analizatora (model, data produkcji, nazwa producenta) | Ilość miesięcy | Cena netto miesięcznie | **Wartość netto** (Wartość netto = cena netto x Ilość miesięcy) | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość VAT** (Wartość VAT = Wartość netto x Stawka podatku VAT) | **Wartość brutto** (Wartość brutto = Wartość netto + Wartość VAT) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4x3 | 6 | 7 | 8=5+7 |
| Dzierżawa analizatora |   | 36 |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Asortyment, nazwa  | j.m. | Oferowana wielkość opakowania | Ilość opakowań na 36 miesięcy  | Cena netto za opakowanie | **Wartość netto** (Wartość netto = cena netto za op. x Ilość) | **Stawka podatku VAT %** | **Wartość VAT** (Wartość VAT = Wartość netto x Stawka podatku VAT) | **Wartość brutto** (Wartość brutto = Wartość netto + Wartość VAT) | Nazwa lub nr katalogowy ora producent zaoferowanego asortymentu |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=6x5 | 8 | 9 | 10=7+9 | 11 |
| 1 | Odczynniki**\*** |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 1.1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Materiały kontrolne, materiały zużywalne i pozostałe niezbędne materiały**\*\*** |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 2.1. |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| 2.2. |  |   |   |   |   |  |  |  |   |  |
| Razem: |  | x | x |  | x |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\* każdy rodzaj odczynników należy wpisać w osobnym wierszu** |  |  |
| **\*\* każdy rodzaj materiałów zużywalnych i kontroli należy wpisywać w osobnych wierszach**  |

….........................................., …............ 2020 r. ..………….....................................................................................

 miejscowość data podpis i pieczątka imienna uprawnionego(-ych) przedstawiciela(-i)

 Wykonawcy \*- w przypadku Wykonawców występujących

 wspólnie podpisują wszyscy Wykonawcy lub Pełnomocnik

1. W rozumieniu zalecenia Komisji 2003/361/WE z dnia 6 maja 2003r. dotyczącego definicji mikro przedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (tekst mający znaczenie dla EOG), Dz. U. L 124 z 20.5.2003, str. 36-41: [↑](#footnote-ref-1)
2. 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), dalej „RODO” [↑](#footnote-ref-2)