Załącznik nr 1 do SWZ

**O F E R T A**

Ja niżej podpisany …………….…………………………..……………………………………………………………………………………………….

działając w imieniu i na rzecz :………………………………………………….…………………………………………………………………….  
 (firma i siedziba Wykonawcy)

Numer faksu: ………………………………………………………. E-mail: ………………………………………………………..

w odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego na: Dzierżawa analizatora immunochemicznego z dostawą odczynników i obsługą serwisową na okres 36 miesięcy *- oznaczenie sprawy TP-02/2022,* oferuję wykonanie zamówienia na następujących warunkach:

**Dzierżawa analizatora immunochemicznego z dostawą odczynników i obsługą serwisową na okres 36 miesięcy**

**Cena brutto** ***(zawierająca obowiązujący podatek VAT)*: …………………………… złotych.**

*Oświadczam, że w pełni zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i uwzględniłem w cenie oferty wszystkie uwarunkowania, mogące mieć wpływ na wykonanie przedmiotu zamówienia*

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia (SWZ) udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz, że zdobyłem konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Oświadczam, że składam ofertę we własnym imieniu / jako lider w konsorcjum zarządzanego przez: …………………………..…………………………………………....................................................................(nazwa lidera)\*. Partnerem w konsorcjum jest: ……………………………………………………………………………… (*\*niepotrzebne skreślić –w przypadku braku skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca złożył ofertę we własnym imieniu)*
3. Oświadczam (my), że zamówienie wykonam samodzielnie bez udziału podwykonawców\* / zamówienie wykonam przy udziale podwykonawców\* w następującym zakresie ………………………………………………………  
   firmy ………………………………… *(\*niepotrzebne skreślić – w przypadku braku skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca wykona zamówienie samodzielnie).*
4. Oferujemy termin płatności ……………… dni/ 30/60 dni/.
5. Oferujemy termin dostawy ……………….. dni. /max. 1-3 dni/
6. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że zawarty w SWZ wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się,   
   w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na zawartych w nim warunkach, w miejscu   
   i terminie określonym przez Zamawiającego.
8. Oświadczam, że nie uczestniczę w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.
9. Oświadczam, iż jestem/nie jestem małym lub średnim przedsiębiorcą. *(\*niepotrzebne skreślić)*
10. Oświadczam(my), że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz oferty musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\* niepotrzebne skreślić

\*\* w przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).

Formularz asortymentowo-cenowy Załącznik 2 do SWZ

**Tabela 1 Odczynniki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa parametru | Nr katalogowy | Produkt /nazwa | Deklarowana ilość oznaczeń na 36 miesięcy | Wielkość opakowania | Liczba opakowań 36 miesięcy | Cena jednego opakowania netto | Stawka VAT | Cena jednego opakowania brutto | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | TOXO IgM |  |  | 900 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | TOXO IgG |  |  | 780 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | CMV IgM |  |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | CMV IgG |  |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Troponina I hs |  |  | 5400 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | D- Dimery – ilościowo/ liniowość zestawu bez rozcieńczenia do 10 000 ng/ml. Konieczna kontrola i kalibratory w zestawie. |  |  | 6000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Prolaktyna |  |  | 600 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | HCG |  |  | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | FSH |  |  | 480 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Anty - TPO |  |  | 780 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | CEA |  |  | 960 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | CA 125 |  |  | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | EBV IgM |  |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Prokalcytonina |  |  | 2700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | NTproBNP |  |  | 2700 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Rubella IgM |  |  | 300 |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Rubella IgG |  |  | 450 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Razem |  |  |

**Tabela 2 Materiały eksploatacyjne i kontrole systemu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa | Nr katalogowy | Produkt /nazwa | Deklarowana roczna ilość oznaczeń | Wielkość opakowania | Liczba opakowań 36 miesięcy | Cena jednego opakowania netto | Stawka VAT | Cena jednego opakowania brutto | Wartość netto w zł. | Wartość brutto qw zł. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Razem |  |  |

**Tabela 3** Czynsz dzierżawny za **2 analizatory**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wyszczególnione | Ilość miesięcy | Cena jednostkowa (za miesiąc ) w zł netto | Stawka podatku VAT w % | Cena jednostkowa ( za miesiąc ) w zł brutto | Wartość w zł netto | Podatek VAT w zł | Wartość w zł brutto. |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. |
| 1. | Czynsz dzierżawny | 36 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | RAZEM tab. 5 |  |  |  |

…………………….…………………………………....

*(data i podpisy osoby uprawnionej do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

**Parametry graniczne analizatora Załącznik nr 3 do SWZ**

Producent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Model : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Parametry wymagane | TAK/NIE |
| 1 | Wieloparametrowy analizator główny fabrycznie nowy nie starszy niż 2020 rok produkcji do badan immunodiagnostycznych metodą enzymoimmunofluorescencyjną oraz analizator back-up nie starszy niż 2018 rok produkcji |  |
| 2 | Obsługa oprogramowania analizatorów za pomocą ekranów dotykowych. |  |
| 3 | Stała gotowość aparatów do pracy przez 24 h na dobę bez przerw powodujących niedostępność analizatorów do rutynowej pracy. |  |
| 4 | Minimum 12 miejsc pomiarowych w jednym analizatorze. |  |
| 5 | Aparaty niewymagające wykonywania czynności startowych (płukanie, wstawianie dodatkowych odczynników takich jak substraty, płyny dekontaminujace ). |  |
| 6 | Brak płynów płuczących i odczynników dodatkowych koniecznych do rutynowej obsługi aparatów. |  |
| 7 | Aparaty bezigłowy – wykluczenie możliwości kontaminacji próbki (przeniesienia oznaczanego składnika pomiędzy próbkami) i zakażenia personelu (jednorazowe zestawy testowe dla jednego pacjenta). |  |
| 8 | Kompletne zestawy odczynników (zestawy testowe, kalibratory i kontrole wchodzące w skład zestawu). |  |
| 9 | Odczynniki w formie monotestów |  |
| 10 | Zestawy odczynników, których otwarcie nie skraca terminu ważności opisanego na zestawie odczynnikowym. |  |
| 11 | Krzywa kalibracyjna przechowywana w pamięci aparatów, a rekalibracja wykonywana nie częściej niż co dwa tygodnie. |  |
| 12 | Oprogramowanie graficzne w systemie Windows w języku polskim umożliwiające archiwizacje danych pacjentów i wyników. |  |
| 13 | Wykonywanie badan immunochemicznych, chorób zakaźnych i parametrów hemostazy. |  |
| 14 | Całkowicie automatyczny przebieg badania od momentu dodania próbki do zakończenia badania. |  |
| 15 | Analizator posiadający możliwość dwustronnej komunikacji z systemem laboratoryjnym. |  |
| 16 | Możliwość zdalnej obsługi serwisowej analizatora z w wykorzystaniem łącza internetowego. |  |
| 17 | Wykonawca zobowiązuje się do instalacji analizatorów wraz z podłączeniem do LIS Inomedica Asseco |  |
| 18 | Wykonawca zapewni jedno stanowisko komputerowe obejmujące komputer, monitor, mysz, klawiaturę, czytnik kodów kreskowych. |  |
| 19 | Wykonawca zapewni w ramach czynszu dzierżawnego przeglądy serwisowe i techniczne oraz części zamienne |  |
| 20 | Telefoniczna obsługa serwisowa w dni robocze w godzinach 8-16, Całodobowa możliwość kontaktu z serwisem drogą mailową. Jeżeli problemu nie da się usunąć przy pomocy telefonicznej obsługi serwisowej, to czas podjęcia działań serwisowych będzie wynosił maksymalnie 24 h od zgłoszenia w dni robocze. |  |
| 21 | W przypadku awarii, której usunięcie będzie wymagało czasu dłuższego niż 48 h aparat zastępczy kompatybilny z oferowanymi odczynnikami aparatu głównego |  |

Uwaga:

Nie spełnienie chociaż jednego parametru wymaganego spowoduje odrzucenie oferty.