**Rozdział III FORMULARZ OFERTY Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

 **W TRYBIE PODSTAWOWYM REALIZOWANYM NA PODSTAWIE ART. 275 UST. 1 USTAWY PZP**

**1**. **ZAMAWIAJĄCY**:

|  |
| --- |
| Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o.o. w restrukturyzacjiUl. Inwalidów Wojennych 2656-100 Wołów |

**2.WYKONAWCA:**

|  |
| --- |
| **Dane Wykonawcy (W przypadku oferty wspólnej, dane Lidera konsorcjum)** |
| **Firma (nazwa)** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **NIP** |  | **REGON** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |
| **Wykonawca z sektora** | **□ mikroprzedsiębiorstwo****□ małe przedsiębiorstwo****□ średnie przedsiębiorstwo****□ duże przedsiębiorstwo** | **□ jednoosobowa działalność gospodarcza****□ osoba nieprowadząca działalności gospodarczej****□ inny rodzaj** |

|  |
| --- |
| **Dane Partnera lub Partnerów konsorcjum**Wypełnić w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie. W razie potrzeby tabelę zwielokrotnić do ilości partnerów. |
| **Firma (nazwa)** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **NIP** |  | **REGON** |  |
| **Telefon** |  | **E-mail** |  |
| **Wykonawca z sektora** | **□ mikroprzedsiębiorstwo****□ małe przedsiębiorstwo****□ średnie przedsiębiorstwo****□ duże przedsiębiorstwo** | **□ jednoosobowa działalność gospodarcza****□ osoba nieprowadząca działalności gospodarczej****□ inny rodzaj** |

Reprezentowany przez:……………………………………………………………….......……..

*(Imię, nazwisko, Stanowisko, podstawa do reprezentacji)*

Wykaz i opis udzielonych pełnomocnictw do niniejszego postępowania / składanych dokumentów i oświadczeń / oferty:

………………………………………………………………………...................................……

**3**. **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW/**dla Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie publiczne – Pełnomocnik/ Lider:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres |  |
| Nr telefonu; Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

Ja (my) niżej podpisany(i) **oświadczamy, że:**

Akceptuję\*(emy\*) bez zastrzeżeń opis przedmiotu zamówienia, wymagania zawarte w SWZ oraz projekt umowy załączony do SWZ i zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach i zasadach obowiązujących w tym postępowaniu. W przypadku uznania mojej\*(naszej\*) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuję\*(emy\*) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez zamawiającego.

**4. Cena całkowita za realizację niniejszego zamówienia wynosi:**

**Pakiet nr** …… ………….…**PLN brutto** z podatkiem VAT

**Pakiet nr** …… ………….…**PLN brutto** z podatkiem VAT

**Pakiet nr** …… ………….…**PLN brutto** z podatkiem VAT

Przedmiot zamówienia, zasady wyceny zostały przez zamawiającego opisane w treści SWZ i nie zgłaszamy żadnych uwag i zastrzeżeń związanych z przygotowanym przez zamawiającego opisem. W przypadku wyboru naszej oferty deklarujemy realizację zamówienia zgodnie ze wszystkimi wymaganiami zamawiającego i przepisami prawa, treścią oferty, w terminie zakreślonym niniejszą SWZ.

**5. Termin dostawy: wynosi ……………….. godzin (kryterium II) (pakiet 5-8)**

Oświadczamy, że w przypadku nie wypełnienia ww pozycji deklarujemy, że termin dostawy wynosi 120 godzin.

**6. Żadna** z informacji zawarta w ofercie **nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa**w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji\*\*\*) / **wskazane poniżej informacje** zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania\*\*\*\*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) lub oddzielna części oferty (proponowane rozwiązanie) |
| Od | Do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uwaga:

*\*\*\*) Przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, które jako całość lub w szczególnym zestawieniu i zbiorze ich elementów nie są powszechnie znane osobom zwykle zajmującym się tym rodzajem informacji albo nie są łatwo dostępne dla takich osób, o ile uprawniony do korzystania z informacji lub rozporządzania nimi podjął, przy zachowaniu należytej staranności, działania w celu utrzymania ich w poufności (DZ. U z dnia 24 sierpnia 2018 r poz. 1637).*

*\*\*\*\*) Wykonawca załączy niniejsze oświadczenie, tylko wtedy, gdy zastrzeże w ofercie, iż któreś z informacji zawartych w ofercie stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa oraz wykaże, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. Wykonawca nie może zastrzec informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Pzp.*

**7. Deklaracja dotycząca podwykonawstwa:\*\***

☐ Oświadczam, że zamówienie będę realizował samodzielnie i nie zamierzam zrealizować przy udziale podwykonawców

☐ Oświadczamy, że zamówienie zamierzam zrealizować z udziałem podwykonawców (**wypełnić tylko w przypadku, gdy wykonawca zamierza powierzyć wykonanie zamówienia podwykonawcom**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podwykonawca** **(dane identyfikujące: adres, nazwa, NIP/PESEL)** | **Zakres części zamówienia / roboty budowlanej, dostawy czy usługi / w którym Wykonawca ma zamiar powierzenia części zamówienia realizacji podwykonawcy** |
| 1. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: …………………………………………… % |
| 2. | Adres: ……………………….Nazwa: …………………NIP/PESEL: …………………. | Lokalizacja: ……………………………………………Zakres prac: ……………………………………………….Rozmiar: ……………………………………………… % |

**8**. Wraz z ofertą składamy dokumenty wymienione w SWZ.

**9**. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że [**będziemy polegać / nie będziemy polegać**]\* na **zasobach innych podmiotów** określonych w art. 118-123 ustawy Pzp w zakresie zdolności technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej, które są udostępnione przez:

…...................................................................................................................................................

*(należy wymienić nazwy i adresy podmiotów)*

**10. Jesteśmy** zawiązani niniejsza ofertą przez okres wskazany przez Zamawiającego w SWZ.

**11**. Wyrażamy zgodę na samodzielne pobranie przez Zamawiającego za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych krajowych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 1557, 1717) dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych:

1. ………………………………………..…. - ……………………………………………..

*(Nazwa dokumentu i wskazanie punktu w SIWZ) (Adres internetowy)*

*UWAGA: W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie powyższe oświadczenie należy odpowiednio powtórzyć i złożyć w odniesieniu do każdego wspólnika spółki cywilnej/członka konsorcjum.*

**12. Oświadczenia wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO** (Rozporządzenia 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, tzw. RODO)

1. Oświadczam, 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.

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie wszelkich osobowych zawartych w ofercie i w dokumentach składanych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

**13.** Jeżeli wykonawca złożył ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego **obowiązku podatkowego** zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r. poz. 361 ze zm.), dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W związku z wystąpieniem takiego przypadku w ofercie, wykonawca ma obowiązek:

1) poinformowania zamawiającego, że wybór jego oferty będzie prowadził do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego; **TAK/NIE**

2) wskazania nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego; ………………………………………………...***(nazwa – rodzaj)***

3) wskazania wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku; ………………………………………………… ***(wartość towaru lub usługi)*** ………………………....................................

4) wskazania stawki podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie; ……………………………. ***(wskazanie stawki podatku od towaru i usługi)***…………….

**14. Jeżeli Wykonawca bierze udział w postępowaniu wspólnie z innymi Wykonawcami:**

**a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania)** *(należy wypełnić – o ile dotyczy)***:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |

**b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Zadania | Nazwa wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

**15.** Wyrażamy zgodę na płatność za fakturę w terminie zgodnym ze wzorem umowy.

\* niewłaściwe skreślić

\*\* wypełnić, jeżeli dotyczy Wykonawcy

Oświadczam, pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kk, że wszystkie złożone do oferty dokumenty i oświadczenia są prawdziwe oraz opisują stan faktyczny i prawny na dzień sporządzania oferty.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**Rozdział IV OŚWIADCZENIA**

Załącznik nr 2 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Sukcesywna dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów medycznych”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **2/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

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. 1-6 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..…………………...........…………………………………………………………………………………

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujące podmioty, na których zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………………………………………………………............................... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący podwykonawca/y:

………………………………………………………………….........................…..….……

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, KRS/CEiDG)*

art. 108 ust. 1 pkt. 1-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
pn. **„Sukcesywna dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów medycznych”**, prowadzonego przez Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z o. o. w restrukturyzacji, nr postępowania **2/PCM/2025/ZP/A** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie[[1]](#footnote-2)

1. zdolności do występowania w obrocie gospodarczym;
2. uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
3. sytuacji ekonomicznej lub finansowej;
4. zdolności technicznej lub zawodowej.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie:

………………………………………………………………………………………………………………......................................................................................................................… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

**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.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ, składane na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 5 Ustawy PZP**

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy do żadnej grupy kapitałowej** w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1616.)

 Niniejszym oświadczam, że **nie należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1616.), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę.

 Niniejszym oświadczam, że **należymy** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu Ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1616.) z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

*(należy wskazać pełną nazwę / firmę i adres wykonawcy, który złożył odrębną ofertę)*

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

UWAGA:

1. W przypadku gdy Wykonawca przynależy do tej samej grupy kapitałowej, powinien przedstawić wraz z niniejszym oświadczeniem dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.
2. W przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie, niniejsze oświadczenie składa każdy z wykonawców.

Załącznik nr 5 do SWZ

**Zamawiający:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o. w restrukturyzacji**

**ul. Inwalidów Wojennych 26**

**56-100 Wołów**

**Wykonawca:**

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez: ………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**POTWIERDZAJĄCE, ŻE OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**BĘDZIE POSIADAŁ PRZEZ CAŁY OKRES TRWANIA UMOWY**

**DOPUSZCZENIE DO OBROTU**

**(PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE)**

* + 1. Niniejszym oświadczamy, że oferowane przez nas **wyroby medyczne** w rozumieniu Ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1620) dopuszczone są do obrotu i stosowania na terenie RP i będą posiadały aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dopuszczenia do obrotu i stosowania na każdy oferowany produkt.
	1. Oświadczam, iż na każde pisemne żądanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia, w terminie określonym w żądaniu, oświadczeń/dokumentów potwierdzających powyższe oświadczenie, pod rygorem odstąpienia od umowy.
1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***
2. ***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6a do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** | **Model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora** |
| **1** | **Biochemia** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do biochemii** |  |

|  |
| --- |
| **Parametry graniczne** |
| **Określenie parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| Analizator w pełni automatyczny pracujący w trybie „pacjent po pacjencie". | **Tak** |   |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 340 oznaczeń fotometrycznych | **Tak** |   |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 60 oznaczeń dla ISE | **Tak** |   |
| Fotometryczne monochromatyczne i bichromatyczne: punktu końcowego i kinetyczne; ISE - minimum Na, K, Cl | **Tak** |  |
| Zakres pomiarowy fotometru 340 - 800 nm | **Tak** |  |
| Automatyczna detekcja mikroskrzepu w próbce badanej | **Tak** |   |
| Analiza w fazie ciekłej | **Tak** |   |
| Odczynniki płynne, gotowe do użycia | **Tak** |   |
| Możliwości analityczne: |   |
| a) Biochemia - enzymy, substraty, ISE | **Tak** |   |
| b) Białka specyficzne | **Tak** |   |
| c) Monitorowanie leków | **Tak** |   |
| d) Środki uzależniające i trucizny | **Tak** |   |
| Modem serwisowy | **Tak** |   |
| Kuwety pomiarowe jednorazowego użytku | **Tak** |   |
| Automatyczne rozcieńczanie bądź zmiana objętości próbki po przekroczeniu liniowości metody | **Tak** |   |
| Priorytetowe oznaczanie próbek "cito" | **Tak** |   |
| Chłodzenie odczynników, kalibratorów i kontroli na pokładzie analizatora | **Tak** |   |
| Oznaczenia dokonywane z próbek pierwotnych oraz z próbek pediatrycznych (poprzez aplikatory) | **Tak** |   |
| Analizator dwuigłowy (igła odczynnikowa i próbkowa) | **Tak** |   |
| Możliwość wykonywania badań w surowicy, osoczu, hemolizacie, moczu , PMR i krwi pełnej | **Tak** |  |
| Możliwość stałego monitorowania poziomu odczynników i badanych próbek. | **Tak** |  |
| Możliwość dostawiania lub wymiany odczynników „dostępnych na pokładzie" bez przerywania pracy analizatora. | **Tak** |  |
| Możliwość ciągłego podawania próbek bez przerywania pracy analizatora | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2020, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 2 miesiące przed złożeniem oferty | **Tak** |   |
| Wirówka na 24 miejsca do wirowania probówek z krwią  | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |   |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |   |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| Zapewnienie wszystkich części zamiennych w czasie trwania umowy na koszt oferenta | **Tak** |   |
| Wykonawca zapewni klimatyzator do pomieszczenia, w którym pracować będzie analizator biochemiczny w celu zapewnienia odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu o powierzchni ok. 20m2 | **Tak** |   |
| Stacja uzdatniania wody i zewnętrzny UPS dla podtrzymania pracy min. 30 minut | **Tak** |   |
| Możliwość jednoczesnego umieszczenia w aparacie min. 80 próbek | **Tak** |  |
| Przegląd techniczny co najmniej raz w roku przez okres trwania umowy | **Tak** |  |
| Zapewnienie bezpłatnej obsługi serwisowej w czasie trwania umowy | **Tak** |   |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** |
| **Określenie parametru** |
| Zużycie wody do 2 litrów/godzinę | **10 pkt** |   |
| Zamknięty system utylizacji odpadów | **10 pkt** |   |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **20 pkt** |   |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Wielkość opakowania** | **Cena jednostkowa opakowania****netto** | **Vat %** | **Cena jednostkowe opakowania brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesięcy** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Albuminy**  | **2000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALT** | **10000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Amylaza** | **3000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ASO** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **AST** | **10000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Białko całkowite** | **2500** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bilirubina bezpośrednia** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bilirubina całkowita** | **4400** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cholesterol** | **8000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cholesterol HDL -metoda bezpośrednia** | **9000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **CK** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **CRP** | **10300** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fosfataza zasadowa** | **3200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fosfor** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **GGT** | **5000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Glukoza** | **~~155000~~ 15000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kreatynina** | **12000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kwas moczowy** | **5000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Magnez** | **700** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mocznik** | **6500** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Jony (Na,K,Cl )** | **18000** |  |  | **Moduł ISE** |  |
| **TIBC/UIBC** | **400** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trójglicerydy** | **8000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wapń całkowity** | **1000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Żelazo** | **3000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alkohol etylowy** | **200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **DDimery** | **850** |  |  |  |  |  |  |  |
| **LDHL** | **100** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kontrola, kalibratory i elementy zużywalne** **(eksploatacyjne)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (przy uwzględnieniu stabilności odczynników na pokładzie analizatora po otwarciu jednostkowych opakowań odczynników, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania kalibracji, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania codziennej kontroli jakości na 2 poziomach (parametr, którego ilość jest równa lub mniejsza od 400/1-rok - kontrolę wykonujemy dwa razy w tygodniu na 2 poziomach).

Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Cena netto****1 miesiąc** | **Cena brutto****1 miesiąc** | **Wartość netto****12 miesięcy** | **Wartość brutto****12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 1 – Biochemia (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**……………… PLN netto (słownie: ……………………………..)**

**……………..PLN brutto (słownie: ……………………………….. )**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6b do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** | **Model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora** |
| **2** | **Immunochemia** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do Immunochemii** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Parametry graniczne** |  |
| **Określenie parametru**  | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| Metoda chemiluminescencyjna pomiaru | **Tak** |  |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 70 oznaczeń | **Tak** |  |
| Możliwość wykonania min 7 oznaczeń z jednej próbki | **Tak** |  |
| Szybkość otrzymania wyników troponiny do 12 min | **Tak** |  |
| Detektor wykrywania skrzepów i mikroskrzepów w próbce | **Tak** |  |
| Krzywa kalibracyjna zapisana w kodzie kreskowym, wczytywana automatycznie do pamięci aparatu | **Tak** |  |
| Priorytetowe oznaczanie próbek "cito" | **Tak** |  |
| Możliwość bezpośredniego stosowania próbek pierwotnych | **Tak** |  |
| System chłodzenia odczynników na pokładzie | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2019, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 2 miesiące przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| Wirówka na 24 miejsca do wirowania probówek z krwią  | **Tak** |  |
| Automatyczne monitorowanie stanu odczynników | **Tak** |  |
| Automatyczne rozcieńczenie próbki  | **Tak** |  |
| Odczynniki gotowe do użycia | **Tak** |  |
| Wymienne końcówki w pipetorze zabezpieczające przed carry-over | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** |  |
| **Określenie parametru** |  |
| Materiał kontrolny wieloparametrowy | **20 pkt** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **20 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Wielkość opakowania**  | **Cena jednostkowa****opakowania netto** | **Cena jednostkowa****opakowania brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesięcy** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **% VAT** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Troponina T hs STAT** | **1000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **PSA** | **2200** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TSH** | **6000** |  |  |  |  |  |  |  |
| **fT4** | **2600** |  |  |  |  |  |  |  |
| **fT3** | **1800** |  |  |  |  |  |  |  |
| **PCT** | **700** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kontrola, kalibratory i elementy zużywalne** **(eksploatacyjne)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (przy uwzględnieniu stabilności odczynników na pokładzie analizatora po otwarciu jednostkowych opakowań odczynników), ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania kalibracji, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania codziennej kontroli jakości dla TSH na 2 poziomach, dla parametrów: Troponina, PSA, FT3, FT4,PCT, - kontrolę wykonujemy 3 razy w tygodniu na 2 poziomach.

Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Cena netto****1 miesiąc** | **Cena brutto** **1 miesiąc** | **Wartość netto****12 miesięcy** | **Wartość brutto****12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.**  |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 2 – Immunochemia: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne + dzierżawa)**

**………………… PLN netto (słownie: …………………)**

**………………… PLN brutto (słownie: ……………………. )**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6c do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** | **Model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora** |
| **3** | **Analityka** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do analityki** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANALIZATOR MOCZU** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| **Parametry graniczne** |
| **Określenie parametru** |  |
| Wydajność min 500 oznaczeń na godzinę  | **Tak** |  |
| Odczyt 10 parametrów fizykochemicznych moczu | **Tak** |  |
| Praca z wykorzystaniem pasków charakteryzujących się eliminacją kwasu askorbinowego na wynik | **Tak** |  |
| Możliwość wydruku w wybranych jednostkach | **Tak** |  |
| Flagowanie wyników patologicznych | **Tak** |  |
| Możliwość zdefiniowania barwy moczu | **Tak** |  |
| Kompensacja własnego zabarwienia moczu | **Tak** |  |
| Możliwość wyboru klarowności moczu | **Tak** |  |
| Barkodowe identyfikowanie próbek | **Tak** |  |
| Pamięć min 500 wyników | **Tak** |  |
| Kontrola jakości – pamięć min 20 wyników | **Tak** |  |
| Dotykowy ekran ciekłokrystaliczny | **Tak** |  |
| Wymagana czułość dla białka nie gorsza niż 20 mg/dl, dla glukozy nie gorsza niż 50 mg/dl | **Tak** |  |
| Automatyczne usuwanie zużytych pasków | **Tak** |  |
| Testy paskowe 10 parametrowe: glukoza, ciężar właściwy, ciała ketonowe, urobilinogen, bilirubina, leukocyty, białko, azotyny, erytrocyty, pH | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2021, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem oferty | **Tak** |   |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** |
| **Określenie parametru**  |
| Dwukrotny odczyt optyczny jednego paska w określonych przedziałach czasowych  | **5 pkt** |  |
| Możliwość stosowania moczy kontrolnych innego producenta pasków z podanymi zakresami wartości dla oferowanego aparatu i pasków | **5 pkt** |  |
| Menu aparatu w języku polskim | **10 pkt** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **10 pkt** |  |
| Potwierdzona przez producenta walidacja testów paskowych i aparatu do ich odczytu | **5 pkt** |  |
| Kontrola zewnętrzna 2 x w roku- udostępniona dla laboratorium darmowo | **5 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Cena opak. netto** | **Cena opak. brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesięcy** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Badanie ogólne moczu** | **12000** |  |
| **testy paskowe** | **120 op****a’( 1x100)** |  |  |  |  |  |
| **mocz kontrolny** **- poziom normal****- poziom patologiczny** | **360 oznaczeń** |  |  |  |  |  |
| **papier do drukarki** | **12000** |  |  |  |  |  |
| Kamery do analizy moczu PMMA FAST-READ | **10 op.(1 op. – 100 szt.)** |  |  |  |  |  |
| Probówka PS 9-11 ml, z kołnierzem i podziałką, stożkowe | **10 op. (1 op. – 500 szt.)** |  |  |  |  |  |
| Pipeta Pasteura, PE 1 ml bez podziałki do osadu moczu z banieczką | **10 op. (1 op. – 500 szt.)** |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia odpowiedniej ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (uwzględnić kontrolę jakości na 2 poziomach 180 dni w roku. Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Cena netto****1 miesiąc** | **Cena brutto****1 miesiąc** | **Wartość netto****na 12 miesięcy** | **Wartość brutto****na 12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 3 – Analityka: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**…………….. PLN netto (słownie: ………………..)**

**…………….. PLN brutto (słownie: …………………..)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6d do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** | **Model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora** |
| **4** | **Serologia transfuzjologiczna mikrometodą kolumnową** | **Dostawa kart żelowych, materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatu do mikrometody kolumnowej** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagane parametry graniczne** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy (TAK / NIE)** |
| **Określenie parametru** |
| Wymagany jest termin ważności odczynników – min. 9 miesięcy, a krwinek wzorcowych – min. 5 tygodni od daty dostawy | **Tak** |  |
| Wymagana jest metodyka całkowicie eliminująca płukanie badanych krwinek czerwonych – zawiesina krwinek czerwonych poniżej 1% | **Tak** |  |
| Wszystkie oferowane odczynniki, mikrokarty, krwinki i dzierżawiony sprzęt muszą pochodzić od jednego producenta celem zapewnienia walidacji metody (za wyjątkiem zewnętrznej kontroli oraz standardu anty-D; standard anty-D zwalidowany na mikrometodę). Standard anty-D w konfekcji 10 x 2 ml | **Tak** |  |
| Wymagane są dostawy odczynników (wg harmonogramu) transportem monitorującym pod względem temperatury w czasie transportu (2-8° C – odczynniki krwinkowe, 18-25° C – mikrokarty). | **Tak** |  |
| Badanie grupy krwi noworodka o profilu (A, B, AB, DVI+, ctl, BTA) na jednej karcie. Odczynnik anty-D wykrywający kategorię DVI | **Tak** |  |
| Wymagane jest, aby przechowywanie wszystkich mikrokart było możliwe w temp. pokojowej (18-25° C). | **Tak** |  |
| Wszystkie odczynniki muszą być gotowe do użycia i muszą posiadać pozytywną opinię IHIT o dostarczanej mikrometodzie. | **Tak** |  |
| Wymagane jest wykonywanie wszystkich badań zawartych w formularzu asortymentowo-cenowym na odczynnikach. | **Tak** |  |
| Mikrokarty wypełnione fabrycznie przez producenta odczynnikami, składające się z 6 mikrokolumn | **Tak** |  |
| Badanie przeglądowe przeciwciał na 3 krwinkach wzorcowych wykrywających antygen Cw w pośrednim teście antyglobulinowym. Zestaw krwinek musi być gotowy do użycia. Mikrokarty składające się z 6 mikrokolumn wypełnione fabrycznie surowicą antyglobulinową poliwalentną przez producenta. | **Tak** |  |
| Próba zgodności pomiędzy biorcą a dawcą krwi - pośredni test antyglobulinowy. | **Tak** |  |
| Oferowane odczynniki należy zaokrąglić do pełnych opakowań handlowych. | **Tak** |  |
| Każde jednostkowe opakowanie opisane: nazwa, seria, termin ważności  | **Tak** |  |
| Mikrokarty do badania grup krwi wypełnione fabrycznie odpowiednimi odczynnikami monoklonalnymi | **Tak** |  |
| Zamawiający w ramach dzierżawy wymaga zaoferowania: inkubator dedykowany do metody | **Tak** |  |
| Zamawiający wymaga wykonania raz w roku bezpłatnego przeglądu technicznego oraz walidacji dzierżawionego sprzętu | **Tak** |  |
| OFEROWANY SPRZĘT: 2 wirówki na 6-8 mikrokart z możliwością wyjmowania rotora celem dezynfekcji, rok produkcji nie starszy niż 2015 (zwalidowane i dopuszczone pod względem technicznym przez autoryzowany serwis), 2 pipety automatyczne nie starsze niż rok produkcji 2018, 2 dozowniki do diluentu nie starsze niż rok produkcji 2018, 1 inkubator | **Tak** |  |

**Uwaga - niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Ilość oznaczeń w ciągu 12 m-cy** | **J. m.** | **Oferowana ilość** | **Nr katalogowy** | **Nazwa handlowa** | **Producent/wielkość opakowania** | **Cena jednostkowa netto** | **Stawka VAT w %** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Badanie przeglądowe przeciwciał w PTA | 2000 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Próba zgodności krzyżowej | 850 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Krwinki wzorcowe do badania przeglądowego przeciwciał odpornościowych | adekwatnie do ilości oznaczeń | zestaw |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Oznaczanie grupy krwi:anty-A/anty-B/anty-DVI-/ctl/A1/B | 96 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Oznaczanie grupy krwi noworodkówanty-A/anty-B/anty-AB/anty-DVI+/ctl/BTA | 48 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Potwierdzenie grupy krwi noworodka (inne klony karty niż w pkt. 4) | 48 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Potwierdzenie grupy krwi biorcówanty-A/anty-B/anty-DVI-/anty-A/anty-B/anty-DVI- | 96 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Potwierdzenie grupy krwi dawcówanty-A/anty-B/anty-DVI+/antyA/anty-B/anty-DVI+ | 96 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Diluent do przygotowywania zawiesin | adekwatnie do ilości oznaczeń | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Końcówki do pipety | adekwatnie do ilości oznaczeń | op. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Zewnątrzlaboratoryjna kontrola z możliwością wpisywania wyników online | 4 | zestaw |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Standard anty-D do kontroli przeciwciał, zwalidowany do oferowanej mikrometody | 20 | opakowanie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Dzierżawa sprzętu: 2 wirówki, 1 inkubator, 2 pipety automatyczne, 2 dozowniki do diluentu | 12 | zestaw |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Cena netto****1 miesiąc** | **Cena brutto****1 miesiąc** | **Wartość netto****na 12 miesięcy** | **Wartość brutto****na 12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 4 – Serologia transfuzjologiczna mikrometoda kolumnową: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**…………….. PLN netto (słownie: ……………………..)**

**……………. PLN brutto (słownie: ……………………..)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6e do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **5** | **Serologia** | **Dostawa odczynników i krwinek wzorcowych do badań serologicznych do metody manualnej** |

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa odczynnika**  | **Ilość na 12 miesięcy** | **Cena netto 1 op.** | **VAT****%**  | **Wartość netto**  | **Cena brutto 1 op.** | **Wartość brutto** |
| **1** | Odczynnik monoklonalny anty A klon I (1x10 ml) | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| **2** | Odczynnik monoklonalny anty A klon II (1x10 ml) | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| **3** | Odczynnik monoklonalny anty B klon I (1x10 ml) | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| **4** | Odczynnik monoklonalny anty B klon II (1x10 ml) | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| **5** | Odczynnik monoklonalny anty D IgM klon I (1x10 ml) | 30 szt. |  |  |  |  |  |
| **6** | Odczynnik monoklonalny anty D IgM/IgG klon II (1x10 ml) | 30 szt. |  |  |  |  |  |
| **7** | Surowica AB – koloid (1x2 ml) | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| **8** | Standaryzowane 10% krwinki wzorcowe do układu AB0 gotowe do użycia do metody szkiełkowej z możliwością rozcieńczenia do metody probówkowej1 zestaw zawiera 10% krwinki A1,B,0, każdej po 4 ml1op. Zawiera (3x4ml) | 26 zestawów |  |  |  |  |  |
| **9** | Zestaw kontrolny A1,B, krew pełna (2x4 ml) | 13 szt. |  |  |  |  |  |
| **10** | Standard anty D do mikrometody (1x2 ml) | 20 szt. |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

Warunki graniczne:

Odczynniki powinny posiadać znak CE

Termin ważności odczynników min 9 - 12 miesięcy od daty dostarczenia

**Termin ważności odczynników min 4 tygodnie od daty dostarczenia (Poz. 8-9)**

Do każdej serii odczynnika powinno zostać dołączone świadectwo kontroli jakości w języku polskim

Świadectwo kontroli serii odczynnika w czasie ważności produktu (walidacja).

Odczynniki dwóch różnych klonów anty-A, anty-B, anty-D mają pochodzić od tego samego producenta.

Instrukcje odczynników w języku polskim.

**Razem wartość pakiet nr 5 – Serologia:**

**…………….. PLN netto (słownie: ……………………………)**

**…………….. PLN brutto (słownie: ………………………….)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6f do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **6** | **Równowaga kwasowo - zasadowa** | **Dostawa odczynników do analizatora RAPIDPoint500e firmy Siemens**  |

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Przedmiot zamówienia** | **Producent** | **Nazwa handlowa / nr katalogowy** | **ilość na 12 miesięcy** | **cena netto** | **wartość netto** | **% VAT** | **cena brutto**  | **wartość brutto** |
| 1 | Kartridż pomiarowy 100 testów/28 dni |  |  | 10 op. |  |  |  |  |  |
| 2 | Kartridż pomiarowy 250 testów/28 dni |  |  | 3 op. |  |  |  |  |  |
| 3 | Kartridż płucząco-zlewkowy 4szt.(250 ozn.) |  |  | 10 op. |  |  |  |  |  |
| 4 | Porty próbki/wyłapywacze skrzepów |  |  | 7 op. |  |  |  |  |  |
| 5 | Papier do drukarki |  |  | 10 op. |  |  |  |  |  |
| 6 | Adaptery do ampułek z płynami kontrolnymi podawanymi manualnie |  |  | 3 op. |  |  |  |  |  |
| 7 | Płyn kontroli jakości w ampułkach 1 op.= 30 ampułek / poziom 1 |  |  | 3 op. |  |  |  |  |  |
| 8 | Płyn kontroli jakości w ampułkach 1 op.= 30 ampułek / poziom 2 |  |  | 3 op. |  |  |  |  |  |
| 9 | Płyn kontroli jakości w ampułkach 1 op.= 30 ampułek / poziom 3 |  |  | 3 op. |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 6 – Równowaga kwasowo – zasadowa:**

**……………… PLN netto (słownie: ………………….)**

**……………… PLN brutto (słownie: ………………….)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6g do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **7** | **Szybkie testy diagnostyczne** | **Dostawa szybkich testów diagnostycznych**  |

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Przedmiot zamówienia** | **Producent** | **Nazwa handlowa / nr katalogowy** | **ilość na 12 miesięcy** | **cena netto** | **wartość netto** | **% VAT** | **cena brutto**  | **wartość brutto** |
| 1 | Szybki test immunochromatograficzny do wykrywania antygenów Giardia Lamblia w kale, kasetkowy. Czułość 98,2% Specyficzność 97,9%. Czas odczytu wyniku do 5 minut. |  |  | 60 |  |  |  |  |  |
| 2 | TEST WAALERA - ROSEGO do jakościowego i półilościowego oznaczania czynnika RF w surowicy ludzkiej, czułość analityczna nie mniejsza niż 8 IU/ml. Czułość diagnostyczna: 100%, Specyficzność diagnostyczna: 93,6%. Kontrola (+) i (-) w zestawie. |  |  | 500 |  |  |  |  |  |
| 3 | Krew utajona w kale - testy kasetkowe, jednostopniowe; nie wymagające diety, czułość analityczna 40 ng/ml. Czułość min. 97%, specyficzność min. 98% |  |  | 200 |  |  |  |  |  |
| 4 | Test ciążowy, test kasetkowy do oznaczania HCG |  |  | 40 |  |  |  |  |  |
| 5 | Syphilis - test kasetkowy, jednostopniowy, możliwość oznaczania w surowicy i osoczu; wykrywający IgG oraz IgM; czułość >99.9%, specyficzność min. 99.7% |  |  | 200 |  |  |  |  |  |
| 6 | Test immunochromatograficzny do wykrywania kalprotektyny w kale wraz z kontrolą proceduralną prawidłowego wykonania testu. Cut-off 50 µg/g. Zastosowane w teście przeciwciała monoklonalne. Brak reakcji krzyżowych z innymi składnikami kału. Intensywność prążków dodatnich związana z ilością analitu wykrywanego w próbce kału. Max. opak. 5 testów. |  |  | 120 |  |  |  |  |  |
| 7 | Jednoetapowy immunochromatograficzny test jakościowydo wykrywania dehydrogenazy glutaminianowej (GDH) oraztoksyny A i B Clostridium difficile w ludzkim kale. Czułość analityczna dla GDH: 0,195 ng/mL oraz odpowiednio dla toksyny A i B: 1,56 ng/mL i 0,78 ng/mL. Opak. max. 5 oznaczeń. |  |  | 50 |  |  |  |  |  |
| 8 | "Białko Bence Jonesametoda podwójnej radialnejimmunodyfuzji w żelu do wykrywania w moczu wolnych lekkich łańcuchów Kappa i Lambda. Czułość : 5 mg/dL dla łańcuchów Kappa i 5 mg/dL dla łańcuchów Lambda. Kontrola pozytywna dla Kappa i Lambda zawarta w zestawie. Max. opak.10 testów." |  |  | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem**  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 7– Szybkie testy diagnostyczne:**

**……………. PLN netto (słownie: …………………..)**

**…………… PLN brutto (słownie: …………………..)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6h do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **8** | **Odczynniki do koagulologii** | **Dostawa odczynników do koagulologii do aparatu Bioksel CC-4000** |

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p** | **Przedmiot zamówienia** | **Producent** | **Nazwa handlowa / nr katalogowy** | **ilość na 12 miesięcy** | **cena netto** | **wartość netto** | **% VAT** | **cena brutto**  | **wartość brutto** |
| 1 | Czas protrombinowy (po otwarciu minimum 10 dni w temp. 2-8 °C ) 1 badanie = 2 oznaczenia |  |  | 18 op.  |  |  |  |  |  |
| 2 | Czas kaolonowo – kefalinowy (po otwarciu minimum 10 dni w temp. 2-8° C) 1 badanie = 2 oznaczenia |  |  | 10 op.  |  |  |  |  |  |
| 3 | Chlorek wapnia |  |  | 6 but.  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kalibrator do w/w oznaczeń |  |  | 1 but.  |  |  |  |  |  |
| 5 | Osocze kontrolne normalne, patologiczne wysokie, patologiczne niskie (po rozpuszczeniu osocze ważne min. 4 dni) (op. 1 ml x 10) |  |  | kontrolne normalne – 8 op. |  |  |  |  |  |
|  |  | kontrolne patologiczne niskie 5 op. |  |  |  |  |  |
|  |  | kontrolne patologiczne wysokie 1 op. |  |  |  |  |  |
| 6 | Kuwety do aparatu Bioksel Chrom CC-4000 |  |  | 10000 szt.  |  |  |  |  |  |
| 7 | Odczynnik do fibynogenu |  |  | 10 op. |  |  |  |  |  |
| **Razem**  |  |  |  |

Osocza kontrolne - wartości oznaczone dla koagulometru CC-4000.

**Razem wartość pakiet nr 8 – Odczynniki do koagulologii:**

**……………… PLN netto (słownie: ……………….)**

**……………… PLN brutto (słownie: …………………)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

1. Określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu [↑](#footnote-ref-2)