**Załącznik Nr 1 do SWZ**

**DZP/30/2022**

................................................................

 *( Dane Wykonawcy )*

 ................................... , dnia ..............2022r.

 *(miejscowość)*

**Formularz ofertowy**

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez możliwości prowadzenia negocjacji na podstawie art. 275 pkt 1 uPzp pn. **„Dostawa odczynników do wykonywania badań z zakresu serologii transfuzjologicznej wraz z dzierżawą nowego analizatora automatycznego z niezbędnym backupem na 36 miesięcy"** dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku opublikowanego zgodnie z art. 267 ust. 1 i 2 oraz art. 276 ust. 1 ustawy – Prawo zamówień publicznych w Biuletynie Zamówień Publicznych na portalu e-zamówieniaw dniu 18.05.2022r. pod nr 2022/BZP 00164608/01 orazna stronie internetowej <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu 18.05.2022r.

Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia:

**a. Wartość dostaw towarów przez okres 36 miesięcy (dot. poz. 1 – 10a Formularza asortymentowo – cenowego)**

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

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

**b. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora za 1 miesiąc ( dot. poz. 11 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**c. Wartość czynszu dzierżawnego systemu do oznaczeń mikrometodą kolumnową za 1 miesiąc ( dot. poz. 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**d. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora przez okres 36 miesięcy ( dot. poz. 11 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**e. Wartość czynszu dzierżawnego systemu do oznaczeń mikrometodą kolumnową przez okres 36 miesięcy ( dot. poz. 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**f. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora wraz z systemem do oznaczeń mikrometodą kolumnową przez okres 36 miesięcy (dot. poz. 11 - 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**Łączna wartość netto** **(suma wartości z lit. a i f): ……………………………………........ PLN)**

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

**Łączna wartość brutto** **(suma wartości z lit. a i f): ……………………………………........ PLN)**

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

Łączna wartość stanowi sumę wartości czynszu dzierżawnego 1 analizatora wraz z niezbędnym backupem w okresie 36 miesięcy oraz wszystkich pozostałych towarów, przy czym **czynsz** **dzierżawy obejmuje wszystkie koszty świadczenia pełnej obsługi serwisowej – w tym: przeglądów technicznych, konserwacji oraz napraw niespowodowanych nieprawidłową obsługą sprzętu**.

**Oferujemy …… (maksymalnie 5 dni roboczych) – dniowy termin dostawy liczony od dnia podpisania umowy.**

**Serwis:**

**Serwis, realizowany w ramach gwarancji, świadczony będzie przez:**

…………………………………………………………………………………………….

*(podać nazwę/firmę, adres, miejscowość, kod pocztowy)*

1.………………………………………………………………………………………

(nazwa sprzętu, model, producent)

2……………………………………………………………………………………….

(nazwa sprzętu, model, producent)

Dane kontaktowe Serwisu:

* 1. nr tel.: …………………………………….
	2. nr faksu: ………………………………….
	3. adres e-mail: …………………………….

**Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w niniejszej SWZ oraz w załączniku nr 2A i 2B niniejszej SWZ.**

Dane dotyczące wielkości przedsiębiorstwa

Czy Wykonawca jest:

[ ]  mikroprzedsiębiorstwem

[ ]  małym przedsiębiorstwem

[ ]  średnim przedsiębiorstwem

[ ]  jednoosobowa działalność gospodarcza

[ ]  osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej

[ ]  inny rodzaj

\* zaznaczyć właściwe

**Oświadczamy, że:**

* 1. Pozostajemy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia, w którym upłynął termin składania ofert.
	2. Projekt umowy stanowiący załącznik do niniejszej SWZ został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na proponowanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
	3. Jesteśmy\*\*/ nie jesteśmy płatnikiem podatku od towaru i usług ( VAT) NIP……………………………….
	4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz wszystkimi jej załącznikami i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz otrzymaliśmy od Zamawiającego niezbędne informacje do przygotowania oferty.
	5. 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.
	6. Wskazuję części zamówienia, których wykonanie zamierzam powierzyć podwykonawcom, i podaję nazwy albo firmy podwykonawców:

……………………………………………………………………………………………………

* 1. Podaję nazwy (firmy) Podwykonawców, na których zasoby powołuję się na zasadach określonych w art. 118 uPzp, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 112 ust. 2 uPzp.:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

 8 . **Adres poczty elektronicznej do korespondencji**: ……………………………………………………………………………..

**Osoby do kontaktów z Zamawiającym:**

Osoba / osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:............................................................................. tel. kontaktowy, faks, e-mail: .................................................................................................................................................. zakres odpowiedzialności......................................................................................................................
tel. kontaktowy, faks, e-mail: ........................................... zakres odpowiedzialności...........................................

\*\* Niewłaściwe skreślić

**Informacja dla Wykonawcy:**

**Formularz ofertowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym / podpisem profilu zaufanego/e-podpis osobisty i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.**

**Załącznik nr 2A** do SWZ **DZP/30/2022**

................................................................

 *( Dane Wykonawcy )*

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

| **Lp** | **Przedmiot zamówienia****( nazwa badania)** | **Jednostka miary** | **Ilość oznaczeń na 36 m-cy** | **Ilość w opakowaniu** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa netto (PLN) za jednostkę miary określoną w kol. 3\*** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (PLN) (kol.7 + kol.8)** | **Wartość netto (PLN)** **(kol.6x kol.7)** | **Wartość brutto (PLN)** **(kol.10 +kol. 8)** | **Nazwa handlowa** | **Kod produktu lub inne oznaczenie produktu (kol. 2)** | **Producent** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** | **11.** | **12.** | **13.** | **14.** |
| **1.** | Grupa krwi dorosłego | Oznaczenie antygenów ABO, antygenu D (2 klony),izoaglutynin,  | op. | 20190 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| badanie przeglądowe w kierunku przeciwciał odpornościowych,  | op. | 20190 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Grupa krwi noworodka z BTA badanie pierwsze,  | **op.** | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Grupa krwi noworodka badanie potwierdzające,  | op. | 1 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Próba serologicznej zgodności: | kontrola antygenów ABD u biorców,  | op. | 10 695 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| kontrola antygenów ABD u dawców,  | op. | 20 295 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| badanie przeglądowe w kierunku przeciwciał odpornościowych,  | op. | 9 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| właściwa próba krzyżowa w PTA- LISS,  | op. | 19 200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Krwinki wzorcowe do układu ABO | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Krwinki wzorcowe do badania przeglądowego przeciwciał odpornościowych | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Codzienna kontrola jakości | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Odczynnik LISS do przygotowywania zawiesin | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Końcówki do pipet | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Płyny do analizatora | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10a | Środki do dekontaminacji i konserwacji | op. | Stosownie do ilości oznaczeń uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **WARTOŚĆ NETTO/BRUTTO**  |  |  |

| **Lp** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość  na 36 m-cy** | **Cena jednostkowa netto (PLN) za jednostkę miary określoną w kol. 3\*** | **Stawka VAT (%)** | **Cena jednostkowa brutto (PLN) (kol.5 + kol.6)** | **Wartość netto (PLN)\*\*** **(kol.4 x kol.5)** | **Wartość brutto (PLN)** **(kol.8 +kol. 6)** | **Nazwa handlowa** | **Kod produktu lub inne oznaczenie produktu (kol. 2)** | **Producent** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** | **11.** | **12.** |
| 11. | Dzierżawa 1 analizatora do badań z zakresu serologii transfuzjologicznej **(dzierżawa przez cały okres obowiązania umowy)** | 1 szt/miesiąc | 1 szt  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **Dzierżawa systemu do oznaczeń mikrometodą kolumnową składającego się z:** |
| a | Wirówka na 24 mikrokarty | 1 szt/miesiąc | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b | Inkubator na minimum 24 mikrokarty z dwoma niezależnymi blokami termicznymi (2 niezależne pomiary czasowe) | 1 szt/miesiąc | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c | Pipeta automatyczna dedykowana do systemu | 1 szt/miesiąc | 2 szt. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ NETTO/BRUTTO**  |  |  |

\* W zakresie dzierżawy (dotyczy poz. 11 i 12 kolumna 5) za cenę netto przyjmuje się cenę netto **za jeden pełny miesiąc dzierżawy**.

**a. Wartość dostaw towarów przez okres 36 miesięcy (dot. poz. 1 – 10a Formularza asortymentowo – cenowego)**

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

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

**b. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora za 1 miesiąc ( dot. poz. 11 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**c. Wartość czynszu dzierżawnego systemu do oznaczeń mikrometodą kolumnową za 1 miesiąc ( dot. poz. 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**d. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora przez okres 36 miesięcy ( dot. poz. 11 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**e. Wartość czynszu dzierżawnego systemu do oznaczeń mikrometodą kolumnową przez okres 36 miesięcy ( dot. poz. 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**f. Wartość czynszu dzierżawnego analizatora wraz z systemem do oznaczeń mikrometodą kolumnową przez okres 36 miesięcy (dot. poz. 11 - 12 Formularza asortymentowo – cenowego):**

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

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

**Łączna wartość netto** **(suma wartości z lit. a i f): ……………………………………........ PLN)**

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

**Łączna wartość brutto** **(suma wartości z lit. a i f): ……………………………………........ PLN)**

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

UWAGA:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).