**Załącznik Nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 1 – Odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Numer katalogowy | Producent  Nazwa handlowa | Wymagana wielkość opakowania | Proponowana wielkość opakowania | Ilość oznaczeń | Ilość opakowań | Cena jedn. netto za opak. | Wartość  netto | Wartość podatku VAT (zł) | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Zestaw do oznaczania ACTH pochodzenia przysadkowego metodą RIA  + min. 1 surowica kontrolna do każdego zestawu |  |  | 50-100 oznaczeń |  | 3 300 |  |  |  |  |  |
|  | Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

…………………………………………………….

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 1 A do SIWZ

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 1 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w dwóch nastawieniach  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami wynosi 20%  współczynnik zmienności <= 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrztestowej i międzytestowej  c/ czułość funkcjonalna testu, tzn. najniższy poziom, który jest mierzony z 20% precyzją zmienności wewnątrztestowej  współczynnik zmienności <= 20% | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności ACTH – 5 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności ACTH wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

………………………… dnia ……………….

…………………………………………………

Podpis i pieczątka Wykonawcy

**Załącznik Nr 2 do SI**

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 2 – Odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Numer katalogowy | Producent  Nazwa handlowa | Wymagana wielkość opakowania | Proponowana wielkość opakowania | Ilość oznaczeń | Ilość opakowań | Cena jedn. netto za opak. | Wartość  netto | Wartość podatku VAT (zł) | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| I. | Zestaw do oznaczania w osoczu i w moczu: |  | | | | | | | | | |
| 1. | Adrenalina RIA + Noradrenalin RIA  + min. 1 surowica kontrolna do każdego zestawu |  |  | 48-96 oznaczeń |  | 2 880 |  |  |  |  |  |
|  | Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

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

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 2 A do SIWZ

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 2 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w dwóch nastawieniach  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami wynosi 20%  współczynnik zmienności <= 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrztestowej i międzytestowej  c/ czułość funkcjonalna testu, tzn. najniższy poziom, który jest mierzony z 20% precyzją zmienności wewnątrztestowej  współczynnik zmienności <= 20% | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności Adrenalina + Noradrenalina – 14 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |
| 4. | Konieczność dostarczenia zestawów do 1 miesiąca od otrzymania zamówienia | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności Adrenalina + Noradrenalina wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

………………………… dnia ……………….

…………………………………………………

Podpis i pieczątka Wykonawcy

**Załącznik Nr 3 do SIWZ**

**Zz**

**załącznik nr 3 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 3 – Odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Numer katalogowy | Producent  Nazwa handlowa | Wymagana wielkość opakowania | Proponowana wielkość opakowania | Ilość oznaczeń | Ilość opakowań | Cena jedn. netto za opak. | Wartość  netto | Wartość podatku VAT (zł) | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| I. | Zestawy do oznaczania: |  | | | | | | | | | |
| 1. | hGH IRMA  + min. 1 surowica kontrolna do każdego zestawu |  |  | 48-96 oznaczeń |  | 2 880 |  |  |  |  |  |
| 2. | Aldosteron RIA CT w surowicy i w moczu  + min. 1 surowica kontrolna do każdego zestawu |  |  | 50-100 oznaczeń |  | 3 600 |  |  |  |  |  |
|  | Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

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

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

Załącznik nr 3 A do SIWZ

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 3 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych – poz.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w dwóch nastawieniach  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami wynosi 20%  współczynnik zmienności <= 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrztestowej i międzytestowej  c/ czułość funkcjonalna testu, tzn. najniższy poziom, który jest mierzony z 20% precyzją zmienności wewnątrztestowej  współczynnik zmienności <= 20% | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności HGH – 9 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności HGH wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 3 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych – poz.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w dwóch nastawieniach  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami wynosi 20%  współczynnik zmienności <= 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrztestowej i międzytestowej  c/ czułość funkcjonalna testu, tzn. najniższy poziom, który jest mierzony z 20% precyzją zmienności wewnątrztestowej  współczynnik zmienności <= 20% | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności Aldosteron – 8 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności Aldosteron wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

………………………… dnia ……………….

………………………………………………odpis i pieczątka Wykonawcy

**Załącznik Nr 4 do SIW Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Załącznik nr 4 do siwz**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 4 – Odczynniki do wykrywania antygenu Toksyny A i B Clostridium Difficile**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa**  **netto za opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Szybki test immunoenzymatyczny/jednostudzienkowy/ do jednoczesnego wykrywania antygenu dehydrogenazy glutaminowej/GDH/ Clostridium Difficile oraz Toksyn A i B w próbkach kału Toksyna A min.0,7 ng/ml. Toksyna B min. 0,2 ng/ml, kontrola dodatnia/antygen/ zawarta w zestawie |  |  | 25 testów | 48 |  |  |  |  |
| 2. | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania podwyższonego poziomu laktoferyny w próbkach kału. Membrana testu pokryta przeciwciałami przeciwko laktoferynie, zawierająca przeciwciuała sprężone ze złotem koloidalnym. Kontrola dodatnia min. 2 ml zawarta w zestawie |  |  | 25 testów | 3 |  |  |  |  |
| Wartość ogółem: | | | | | | |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu.

Wszystkie testy – od jednego producenta.

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

**Załącznik Nr 5 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet nr 5 – Zestawy standardów do wykrywania onkogenów metoda ilościową QPCR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość**  **opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa netto za oferowane opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Zestaw standardów do badania fuzji genów BCR/ABL mbcr (p190)  Zestaw posiada certyfikat EAC dla transkryptów genów fuzyjnych i kontrolnych.  Zestaw zawiera 5 rozcieńczeń danego genu do utworzenia krzywej standardowej |  |  | 5x50 ul |  | 12 |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw standardów do badania fuzji genów BCR/ABL Mbcr (p 210)  Zestaw posiada certyfikat EAC dla transkryptów genów fuzyjnych i kontrolnych.  Zestaw zawiera 5 rozcieńczeń danego genu do utworzenia krzywej standardowej |  |  | 5 x 50 ul |  | 60 |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw standardów do badania fuzji genów ABL  Zestaw posiada certyfikat EAC dla transkryptów genów fuzyjnych i kontrolnych.  Zestaw zawiera 3 rozcieńczenia danego genu do utworzenia krzywej standardowej |  |  | 3 x 50 ul |  | 60 |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM: | | | | | | | |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu.

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie w/w parametry.

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

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

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

załącznik nr 6 do SIWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 6 - Odczynniki do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość**  **opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa**  **netto za oferowane opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Zestaw do oczyszczania produktów PCR  - zestaw do oczyszczania produktów po reakcji PCR, zakres wielkości oczyszczanych produktów od 100pz do 10kb  - wysoka wydajność pozwalająca na odzyskanie ponad 95% produktu reakcji PCR  - metoda oczyszczania oparta na zmieszaniu mieszaniny reakcyjnej z odpowiednim buforem zapewniającym optymalne pH, wiązanie do kolumny ze złożem krzemionkowym w obecności wysokiego stężenia soli , etap oczyszczania DNA na matrycy i etap elucji DNA buforem o niskim stężeniu soli lub wodą  - zestaw musi zawierać indykator pH dodawany do pierwszego buforu zmieniający kolor z żółtego na fioletowy przy niewłaściwej wartości pH tak aby zagwarantować maksymalne wiązanie DNA do złoża  - zestaw w wersji probówkowej do użycia z wykorzystaniem wirówki lub systemu próżniowego (zapis w manualu producenta)  - każda kolumna zapakowana oddzielnie  - zestaw szybki i prosty w użyciu, dający możliwość uzyskania dużej liczby izolatów DNA w krótkim czasie  - objętość elucji 30-50ul bez konieczności wytrącania wyizolowanego DNA  - zestaw wystarczający na wykonanie 250 izolacji  - w przyszłości możłiwość pełnej automatyzacji izolacji z wykorzystaniem tego kolumienkowego zestawu |  |  | 250 reakcji |  | 2 |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do ilościowych polimorfizmów JAK2V617F - Test do wykrywania mutacji V617F w genie JAK2  - badanie ilościowe  - Zestaw primerów i sond na 180 reakcji w 25 ul – 2 rodzaje: dziki i zmutowany  - możliwość pełnego zbadania co najmniej 24 pacjentów w powtórzeniach, w 3 oddzielnych eksperymentach  - Kontrole – 100% pozytywna, 100% negatywna  - Standardy – 2 krzywe standardowe  - zestaw nie zawiera master-miksu enzymów  - zestaw certyfikowany do diagnostyki in-vitro dedykowany na urządzenia ABI PRISM 7900HT SDS oraz Applied Biosystems 7500 Real-Time PCR |  |  | 180 reakcji, które wystarczaja na przebadanie w 2 powtorzeniach 24 pacjentow w 3 osobnych eksperymentach |  | 2 |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw do półilościowych reakcji polimorfizmów - Test do wykrywania mutacji V617F w genie JAK2  - badanie półilościowe  - Zestaw primerów i sond na 56 reakcji w 25 ul – 1 rodzaj  - możliwość pełnego zbadania co najmniej 19 pacjentów w powtórzeniach, w 1 eksperymencie  - Kontrole – 100% pozytywna, 100% negatywna  - Standardy skali referencyjnej  - zestaw nie zawiera master-miksu enzymów  - zestaw certyfikowany do diagnostyki in-vitro dedykowany na urządzenia Applied Biosystems 7500 Real-Time PCR System, ABI PRISM 7000 SDS, ABI PRISM 7700 SDS oraz ABI PRISM 7900HT SDS |  |  | 56 reakcji, które wystarczaja na przebadanie w 2 powtórzeniach 19 pacjentow w 1 eksperymencie |  | 20 |  |  |  |  |
| Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu.

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie w/w parametry.

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykonawcy)

załącznik nr 7 do SIWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 7 - Odczynniki do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość**  **opakowania** | **Proponowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa**  **netto za oferowane opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Barwnik May-Grunwald  Odczynnik do barwienia preparatów |  |  | 500 ml |  | 300 |  |  |  |  |
| 2. | Barwnik Giemzy  Odczynnik do barwienia preparatów |  |  | 500 ml |  | 100 |  |  |  |  |
| Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu.

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykonawcy)

załącznik nr 8 do SIWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 8 - Odczynniki do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość**  **opakowania** | **Proponowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa**  **netto za oferowane opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Barwnik Giemzy - odczynnik do barwienia preparatow o gęstości min.0,99g/cm3 w 20 C, pH 6,1-7,0 w 20 C (nierozcieńczony) |  |  | 500 ml |  | 60 |  |  |  |  |
| Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu.

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykon

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 9 - Odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość**  **opakowania** | **Proponowana wielkość opakowania** | **ilość oznaczeń** | **Cena jednostkowa**  **netto za oferowane opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Zestawy do oznaczania:  Cyklosporyny RIA Immunotech |  |  | 80-100 oznaczeń |  | 13 000 |  |  |  |  |
| 2. | Zestawy do oznaczania:  Angiotensyny I metodą RIA Immunotech |  |  | 80-100 oznaczeń |  | 7 000 |  |  |  |  |
| Wartość ogółem: | | | | | | | |  |  |  |

Uwaga: do w/w zestawów wymagana jest min. 1 surowica kontrolna

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 80% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 80% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykonawcy)

Załącznik nr 9 A do SIWZ

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 9 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych – poz. 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w więcej niż jednym nastawieniu  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania  d/ metodyka bez ekstrakcji | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami max 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrz zestawu i między zestawami  c/ czułość metody dla Cyklosporyny 5 ng/ml | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności Cyklosporyny - 8 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności Cyklosporyny wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

**Zestawienie parametrów dodatkowo punktowanych**

Pakiet nr 9 – odczynniki izotopowe do badań diagnostycznych – poz. 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr oceniany | Oferowane parametry |
| 1 | Metodyka wykonywania badań:  a/ dwie kontrole  b/ możliwość wykonania w więcej niż jednym nastawieniu  c/ gotowa krzywa wzorcowa (tzn. bez konieczności dodatkowego przygotowania  d/ metodyka bez ekstrakcji | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 2. | Dokładność, precyzja i czułość metody:  a/ dokładność metody sprawdzona przy pomocy testu odzyskania i równoległości, gdzie współczynnik zmienności testu między próbkami max 20%  b/ precyzja wyznaczona ze zmienności wewnątrz zestawu i między zestawami  c/ czułość metody dla Angiotensyny 0,1 ng/ml | tak/nie\*  tak/nie\*  tak/nie\* |
| 3. | Termin ważności Angiotensyny - 8 tygodni i powyżej\*\* | tak/nie\* |

\**wypełnia Wykonawca, niewłaściwe skreślić*

\*\* w przypadku zaznaczenia TAK

termin ważności Angiotensyny wynosi ……… tygodni (wpisać)

Dodatkowe punkty za w/w parametry zostaną przyznane na podstawie dokumentu dołączonego do oferty, z treści którego będzie jednoznacznie wynikało, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia ten warunek .

………………………… dnia ……………….

…………………………………………………

Podpis i pieczątka Wykonawcy

**Załącznik Nr 10 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 10 - Materiały kontrolne do Międzynarodowego Programu Kontroli Jakości**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Proponowana wielkość**  **opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa**  **netto za opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  | Kontrola międzynarodowa Chemia Kliniczna : |  | | | | | | | | |
| 1. | kontrola 34 szt wszystkich glukometrów z wyjątkiem Contour, Hemocue i On Call plus |  |  | 6x1 ml |  | 4 op./ 2 lata dostawa po / 6 sprawdzianów 2 razy w roku / |  |  |  |  |
| 2. | Jon amonowy |  |  | 2x5 ml |  | 4 op./ 2 lata dostawa / 2 razy w roku / |  |  |  |  |
| 3. | Analiza moczu- ilościowe badanie chemiczne |  |  | 1x10 ml |  | 4 op./ 2 lata dostawa / 2 razy w roku / |  |  |  |  |
| 4. | Bialko płynu mózgowo-rdzeniowego |  |  | 1x1,8ml, 1x1 ml |  | 2op./ 2 lata dostawa / 1 raz w roku / |  |  |  |  |
| 5. | Pasozyty w kale |  |  | 3x1 ml |  | 4 op./ 2 lata dostawa / 2 razy w roku / |  |  |  |  |
| WARTOŚĆ OGÓŁEM***:*** | | | | | | |  |  |  |  |

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: do ostatniego badania sprawdzającego

Parametry wymagane:

- oznaczenia 2 razy w roku

- możliwość wysyłania wyników i otrzymywania raportów drogą elektroniczną

- raporty kontrolne z opracowaniami danych każdej kontroli

- do kontroli glukometrów możliwość monitorowania więcej niż jednego glukometru z danego zakresu kontroli bez ponoszenia dodatkowych kosztów

- zaświadczenie uczestnictwa w programie kontrolnym (sprawdzian akredytowany – ISO 17043)

- dostawy realizowane zgodnie z harmonogramem kontroli

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich cech tego przedmiotu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykonawcy)

**Załącznik Nr 11 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

**Pakiet 11 - Kompletny zestaw do diagnostyki Leukemii metodą Real Time PCR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***ASORTYMENT*** | **Nazwa handlowa asortymentu\*** | **Nr katalogowy oraz nazwa producenta** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość**  **zestawów** | **Cena jednostkowa**  **netto za zestaw** | **Wartość netto** | **Wartość podatku VAT [zł]** | **Wartość brutto** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | ***Kompletny zestaw odczynników do diagnostyki leukemii – wykrywanie 30 genów fuzyjnych metodą Real Time PCR*** |  |  | 5 zestawów | 20 testów |  |  |  |  |
|  | 1.Zestaw przeznaczony do jakościowego wykrywania minimum 30 genów fuzyjnych (powstałych w wyniku translokacji chromosomów) związanych z przewlekłą i ostrą białaczką metodą real time PCR.  2. Reakcja multipleksowa przeprowadzana maksymalnie 8 probówkach na pacjenta  3. W skład zestawu wchodzi kontrola pozytywna i negatywna  4. W każdej próbce wykrywany gen kontroli wewnętrznej (GUSB)  5. Wszystkie reagenty (wraz z polimerazą) dostarczone w zestawie  6. Materiał do badań: szpik kostny i krew pełna  7. Zestaw zawiera reagenty na minimum 20 reakcji  8. Czułość nie mniejsza niż 100 kopii/reakcję  9. Test posiada certyfikat CE IVD |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***WARTOŚĆ OGÓŁEM:*** | | | | | | |  |  |  |

**\* *wypełnia Wykonawca***

Opis przedmiotu zamówienia zawiera standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech tego przedmiotu

Wymagany termin ważności przedmiotu zamówienia w momencie dostawy: min. 70% terminu podanego przez Producenta

**Oferujemy 70% terminu ważności podanego przez producenta co odpowiada ………. miesiącom (*uzupełnia Wykonawca)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(własnoręczny podpis i pieczątka Wykonawcy)

**załącznik nr 12 do SIWZ**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: ……………………………………..……................................…………………………………

Siedziba: ……………………………………………………………....................................………………………….

REGON: ……………………………….............. NIP: …………………………......................……………

Tel:. ………………………………..............…

Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym:

…… .………………………………………………………………………

Tel:...........................................……………… e-mail: .**…………………………………………………..**

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:

………………………………………………………………………………

Tel:...........................................……………… e-mail: .**…………………………………………………..**

Osoba upoważniona do podpisania umowy :

……………………………………………………………………………………….…….

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto:

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

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję wykonanie dostaw na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

**Pakiet nr ……\***

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

Słownie: …………………………………………………………………………………………..zł

***\* Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, ile części - Pakietów oferuje. Należy wpisać numer oferowanego Pakietu.***

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji: **TAK / NIE\***
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym Załącznik do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa w Rozdziale XIII pkt. 5 SIWZ: **TAK / NIE\***

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi: TAK należy wypełnić:

powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………….………………

1. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy:

**bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców \***

Miejscowość ………………. dnia ……………….2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

\* - *niepotrzebne skreślić*

\*\* - *wypełnia wykonawca*

**Załącznik nr 13 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowice, ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma*

……………………………..………………

*adres*

……………………………..………………

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„Dostawa odczynników - 5 nr sprawy ZP-20-116UN***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem są ***„Dostawa odczynników - 5 nr sprawy ZP-20-116UN Pakiet nr ……..”,*** prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*