**Załącznik nr 2 do SWZ – Formularz ofertowy**

.................................. dnia .......................

FORMULARZ OFERTOWY

Ja/my\*, niżej podpisani:

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

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/ wykonawców występujących wspólnie\*:

(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie\*)

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

KRS wykonawcy: …...................................................................................................................

NIP wykonawcy: …....................................................................................................................

REGON wykonawcy: …..............................................................................................................

Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: …......................................................................

adres wykonawcy: ….................................................................................................................

kod pocztowy i miejscowość: ….................................................................................................

województwo…..........................................................................................................................

telefon: ….................................................................................................................................

faks: …....................................................................................................................................

poczta elektroniczna (e-mail): …..............................................................................................

adres internetowy (URL): …......................................................................................................

kapitał zakładowy: …................................................................................................................

przystępując do prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

w Lublinie postępowania w trybie podstawowym na:

**Dostawę odczynników diagnostycznych, wyposażenia, materiałów zużywalnych**

**i kontrolnych do cytometru przepływowego BD FACSVia oraz BD FACSLyric**

**oraz oprogramowanie do analizy danych Softflow FCAP Array Infinite na potrzeby RCKiK w Lublinie**

składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

Oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie:

1. Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy) (cena) netto wynosi: ..............................................

słownie: .........................................................................................................................

Wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu umowy (cena) brutto wynosi ( z podatkiem VAT w stawce.........% i wysokości podatku ……..)  
wynosi................................................... słownie: .........................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOSZTORYS OFERTOWY** | | | | | | | | | **Numer katalogowy; Producent\*** |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość** | **Ilość w opak. \*** | **Ilość pełnych opak.\*** | **Cena jedn.**  **netto za opak.\*** | **VAT....%**  **Kwota\*** | **Wartość netto\*** | **Wartość**  **brutto\*** |
| 1. | Zestaw odczynników do oznaczania resztkowych leukocytów w ubogoleukocytarnych składnikach krwi (czerwonokrwinkowych i płytkowych), umożliwiający automatyczny pomiar na cytometrze BD FACSVia ora BD LYRIC przy użyciu dedykowanego oprogramowania. Zestaw powinien zawierać jodek propidyny jako barwnik DNA, RNA-azę, detergent, bufor stabilizujący oraz azydek sodu jako konserwant, wszystkie składniki w jednym opakowaniu, umożliwiającym przygotowanie próbki do badania poprzez jedno pipetowanie odczynnika. Zestaw powinien zawierać probówki z kulkami, pozwalającymi na policzenie bezwzględnej ilości leukocytów.  Kompletny zestaw musi posiadać status CE IVD. | 1 800 testów |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do jednoczesnego oznaczania komórkowych składników krwi (erytrocyty, leukocyty, płytki krwi) w osoczu, umożliwiający automatyczny pomiar na cytometrze BD FACSVia oraz BD FACSLyric  przy użyciu dedykowanego oprogramowania. Zestaw powinien zawierać oranż tiazolowy jako barwnik DNA, przeciwciała przeciwko glikoforynie A (CD235a) reagujące z błoną komórkową erytrocytów oraz przeciwciała anty-CD41 reagujące z płytkami krwi. Wszystkie odczynniki powinny stanowić integralną część zestawu. Zestaw powinien zawierać probówki z kulkami, pozwalającymi na policzenie bezwzględnej ilości poszczególnych rodzajów komórek.  Kompletny zestaw musi posiadać status CE IVD. | 2 100 testów |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw probówek z kulkami, pozwalającymi na policzenie bezwzględnej ilości komórek. | 750 probówek |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Ubogoleukocytarny materiał kontrolny (czerwonokrwinkowy i płytkowy), na poziomie niskim i wysokim, przeznaczony do sprawdzenia poprawności oznaczenia resztkowych leukocytów na cytometrze BD FACSVia oraz BD FACSLyric  przy użyciu dedykowanego oprogramowania, w opakowaniu nie większym niż 25 testów. | 175 testów |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Kulki kalibracyjne do cytometru BD FACSVia i BD FACSLyric pozwalające na wykonanie ustawień cytometru i kontrolę jakości jego pracy w oparciu o automatyczną, jednoprobówkową procedurę, w opakowaniu nie większym niż 150 testów. | 750 testów |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Bufor fosforanowy (PBS) o pH 7,2, z dodatkiem azydku sodu służący do płukania i zawieszania komórkowych składników krwi, odpowiedni do cytometru FACSVia, oraz BD FACSLyric.  w opakowaniu nie większym niż 5 litrów. | 10 litrów |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Płyn czyszczący odpowiedni do cytometru FACSVia, oraz BD FACSLyric zawierający roztwór 1% aktywnego chloru, w opakowaniu nie większym niż 5 litrów. | 10 litrów |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Odczynnik służący do przygotowania buforu roboczego do cytometru FACSVia. | 100 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Zoptymalizowany odczynnik roboczy do cytometru FACSVia i BD FACSLyric w opakowaniu nie większym niż 20 litrów. | 500 litrów |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Detergent niezbędny do pracy cytometru FACSVia. | 30 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Odczynnik do przedłużonego czyszczenia komory przepływowej cytometru BD FACSVia. | 48 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Jednorazowy zestaw konserwacyjny na 12 miesięcy, dedykowany do cytometru FACSVia, zawierający:  - wężyki zużywalnych do pompy perystaltycznej-12szt.,  - wewnętrzny wymienny filtr in lin- 6 szt.  - komplet filtrów do roztworów roboczych – 6 x 3 szt. | 1 zestaw na 12 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Zestaw 7-kolorowych kulek fluorescencyjnych do ustalenia kompensacji fluorescencji dla cytometru przepływowego BD FACSLyric, zawierający komplety pięciu jednorazowych probówek dedykowanych dla każdego z 7 następujących fluorochromów (łącznie 35 probówek): FITC, PE, PerCP-Cy™5.5, PerCP, PE-Cy™7, APC, APC-Cy7. | 1 zestaw |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Zestaw konserwacyjny zawierający 4 wymienne filtry do zoptymalizowanego odczynnika roboczego do BD FACSLyric. | 1 zestaw na 12 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | 12 miesięczna subskrypcja oprogramowania do analizy danych Softflow  FCAP Array Infinite. | 1 licencja na rok |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Czytnik kodów kreskowych kompatybilny z cytometrem przepływowym BD FACSLyric i oprogramowaniem BD FACSuite. | 1 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

***UWAGA:***

***Zamawiający wymaga dostarczenia odczynników oraz materiałów zużywalnych, wyposażenia i oprogramowania w pełni kompatybilnych z cytometrem BD FACSVia oraz z cytometrem BD FACSLyric.***

\*- wypełnia Wykonawca

1. Oferowany „Termin dostawy cząstkowych odczynników ” wynosi: ………. maksymalnie 14 dni roboczych.
2. Oświadczam/y, że w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do  pełnej   
   i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.
3. **Oferowane odczynniki, będące wyrobami medycznymi muszą być dopuszczone do obrotu na terenie Polski, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych , muszą posiadać ocenę zgodności przeprowadzoną zgodnie z wymogami dyrektywy 98/79/WE, certyfikat CE, IVD oraz numer jednostki notyfikowanej** **zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych.**
4. Informuję, że uważamy się za związanego niniejszą ofertą w okresie wskazanym w Specyfikacji warunków zamówienia.
5. Oświadczam/y, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do  podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy.
6. Oświadczam/y, 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.\*\*
7. Oświadczam/y, że zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy | Nazwa/firma podwykonawcy |
|  |  |  |

Zarejestrowane nazwy i adresy Wykonawców występujących wspólnie\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam/y, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

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

Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

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

**Czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź mikro, małym lub średnim lub dużym przedsiębiorstwem, ?**

**.........................................................................................................................**

(właściwe wpisać)

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) ……………………………………………………………………………………….

2) ……………………………………………………………………………………….

……………………. Dnia ……………..

Informacja dla Wykonawcy:

Formularz ofertowy (oraz Załączniki do niniejszego formularza) musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.

\*niepotrzebne skreślić

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