**Nr sprawy: ZP/84/2021 Załącznik nr 1 do SWZ - formularz oferty**

**Po modyfikacji**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi**  **Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**  **OFERTA**  w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych na:  ***Dostawa aparatury w ramach realizacji projektu „BRaIn – Badania Rozwój Innowacje w łódzkim kampusie biomedycyny i farmacji”*** |
| **Dane Wykonawcy:**  Wykonawca/Wykonawcy ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  REGON: …………………………… NIP ………………………………  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………  Nr telefonu: ………………………………………….  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym  postępowaniem: e-mail ……………………………………………………………… |
| **Pakiet I**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 80%):**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** | | 1 | Real-time PCR z wysokorozdzielczym meltingiem  i modułem odwrotnej transkrypcji– |  |  |  |   słownie złotych wartość brutto: ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**      |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Real-time PCR z wysokorozdzielczym meltingiem i modułem odwrotnej trankrypcji*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp.2 zał. nr 2.1 do SWZ) - możliwość wymiany na blok 384 dołkowy co pozwala na jednoczesną amplifikacja i detekcja 384 prób na płytkach odpowiednio 384 - dołkowych (białych / przezroczystych) –- 1pkt.* |  |  | | *(lp. 5 zał. nr 2.1 do SWZ)- Urządzenie nie wymaga kalibracji po wymianie bloku*  *- 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 6 zał. nr 2.1 do SWZ)-*  *Urządzenie nie wymagające normalizacji z barwnikiem referencyjnym typu Rox - 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 9 zał. nr 2.1 do SWZ)- Materiał z jakiego wykonany jest blok- srebro - 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 23 zał. nr 2.1 do SWZ)- Opcjonalnie: Barwnik interkalujący typu LC Green (lub podobny) do analizy HRM (High Resolution Melting)*  *Sonda Hybrydyzująca typu HybProbe*  *Sonda Simple Probe - 1 pkt.* |  |  |   ***Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.*** |
| **Pakiet II**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 80%):**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba szt.** | **Wartość netto** | **Wartość VAT** | | **Wartość brutto** | | Zautomatyzowany licznik komórek | 1 |  |  | |  | | Zautomatyzowany licznik komórek z detekcją GFP, RFP, Texas Red, DAPI | 1 |  |  | |  | | Zestaw do sekwencjonowania kapilarnego | 1 |  |  | |  | | Zestaw do ilościowej analizy PCR IVD | 1 |  |  | |  | | **Razem** | |  | |  |  |   słownie złotych wartość brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………   1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zautomatyzowany licznik komórek*** | **TAK** | **NIE** | | *( lp. 10 zał. nr 2.2 do SWZ)* *Możliwość generowania plików FCS, możliwość użycia slajdów wielokrotnego użytku, możliwość integracji z "chmurą* *- 1pkt.* |  |  |      |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zautomatyzowany licznik komórek z detekcją GFP, RFP, Texas Red, DAPI*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 14 zał. nr 2.2 do SWZ)* *Możliwość zainstalowania do dwóch źródeł fluorescencji, Możliwość generowania plików FCS, możliwość użycia slajdów wielokrotnego użytku, możliwość integracji z "chmurą*"  *–* *1pkt.* |  |  | | *(lp. 17 zał. nr 2.2 do SWZ) Współpraca przez WIFI z darmową „chmurą” producenta służącą do przechowywania danych – 1pkt.* |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zestaw do sekwencjonowania kapilarnego*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 3 zał. nr 2.2 do SWZ)* *możliwość rozbudowy aparatu do 24 kapilar*  *–* *1pkt.* |  |  | | *(lp.7 zał. nr 2.2 do SWZ) Zapewnienie równoczesnej detekcji co najmniej 6 różnych sygnałów fluorescencji w jednej kapilarze – 1pkt.* |  |  | | *(lp.8 zał. nr 2.2 do SWZ)* *Przepustowość 96 i 384*  *Automatyczny podajnik na 96 próbek; możliwość pracy z płytkami 96 dołkowymi, możliwość rozbudowy podajnika na 384 próbek; możliwość pracy z płytkami 384 dołkowymi – 1pkt.* |  |  | | *(lp. 14 zał. nr 2.2 do SWZ) Możliwość zastosowania polimeru uniwersalnego do sekwencjonowania i analizy fragmentów – 1pkt.* |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zestaw do ilościowej analizy PCR IVD*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 3 zał. nr 2.2 do SWZ)* *blok złożony z 6 niezależnych stref grzejnych umożliwiające jednoczesne przeprowadzenie 6 reakcji PCR z różnymi temperaturami przyłączania starterów –* *1pkt.* |  |  | | *(lp. 23 zał. nr 2.2 do SWZ)* *Możliwość pracy w module RUO-Reseach Use Only – 1pkt.* |  |  |   ***Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.*** |
| **Pakiet III**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 80%):**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** | | 1 | System do detekcji i analizy makrocząsteczek znakowanych fluorescencyjnie |  |  |  |   słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………   1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***System do detekcji i analizy makrocząsteczek znakowanych fluorescencyjnie*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 3 zał. nr 2.3 do SWZ)* *lasery o długości fali 488nm, 520nm* - *1 pkt.* |  |  | | *(lp. 9 zał. nr 2.3 do SWZ)* *Rozdzielczość nie gorsza, niż 10 µm - 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 10 zał. nr 2.3 do SWZ)* *Szybkość skanowania minimum 50 cm/s - 1 pkt.* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.***  **Pakiet IV**   1. **Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 80%):**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba szt.** | **Wartość netto** | **Wartość VAT** | | **Wartość brutto** | | Chromatograf FPLC-UV-Vis | 1 |  |  | |  | | Zestaw do ilościowej analizy PCR IVD | 1 |  |  | |  | | Zestaw do elektroforezy dwukierunkowej | 1 |  |  | |  | | **Razem** | |  | |  |  |   słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………   1. **Parametry jakościowe (Kryterium nr 2 – waga 20 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zestaw do ilościowej analizy PCR IVD*** | **TAK** | **NIE** | | *~~(lp. 7 zał. nr 2.4 do SWZ)~~**~~Maksymalna szybkość zmian temperatury co najmniej 5 °C/s~~* ~~-~~ *~~1 pkt.~~* | **-** | **-** | | *(lp. 8 zał. nr 2.4 do SWZ)*  *gradient termiczny umożliwiający jednoczesną optymalizację warunków reakcji dla co najmniej 18 reagentów- 1 pkt.* |  |  |     ***-***   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Zestaw do elektroforezy dwukierunkowej*** | **TAK** | **NIE** | | *(lp. 36 zał. nr 2.4 do SWZ)Ma posiadać po 3 zestawy płyt szklanych i przekładek o grubości 1,0mm* - *1 pkt.* |  |  | | *(lp. 37 zał. nr 2.4 do SWZ) Muszą być dostępne płyty z spacerami 0.75, 1.5 mm - 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 38 zał. nr 2.4 do SWZ) Ma posiadać w zestawie po 3 grzebienie IPG-2D o grubości 1.0 mm do każdej komory elektroforetycznej - 1 pkt.* |  |  | | *(lp. 39 zał. nr 2.4 do SWZ)* *muszą być dostępne grzebienie o grubości 0.75 i 1.5 mm - 1 pkt.* |  |  |   ***Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametrów jakościowych.***  **Oświadczenia:**   1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy; 2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1; 5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w *terminie do 30* dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 6. Wadium w wysokości **………… PLN** (słownie: ……………………………………), zostało wniesione w dniu....................., w formie: …................................................................................; 7. Prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………..............................................................................................…...………………; 8. Oświadczam, że: **(odpowiednie zaznaczyć „X”)**:  |  |  | | --- | --- | |  | Jestem mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) | |  | Jestem małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) | |  | Jestem średnim przedsiębiorstwem(to przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR). | |  | Jestem dużym przedsiębiorstwem, | |  | Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą. |  1. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**   *(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy | |  |  |  | |  |  |  | |
| * 1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**  1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy   jest..............................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................………………..; |
| * 1. **Spis treści:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. .......................................................................................................................................... 2. .......................................................................................................................................... 3. .......................................................................................................................................... 4. .......................................................................................................................................... 5. .......................................................................................................................................... |

**Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.**