Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę odczynników wraz z dzierżawą analizatora ( spr. nr 27/EZP/20 ) , oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę :

**………………….. zł brutto , słownie : ……………………………………………………….**

**Termin płatności** ustalamy do 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załączniku nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala.
6. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………
7. Jesteśmy małym / średnim / dużym\* przedsiębiorstwem ( \*niepotrzebne skreślić ) .

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ..................................................
2. ..................................................
3. .................................................. .........................................................

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 2

Oświadczenie

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Dostawa odczynników wraz z dzierżawą analizatora (spr. nr 27/EZP/20)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

........................................................ dnia ................ r.

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

 (podpis)

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

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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

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

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

 do reprezentacji Wykonawcy)

Załącznik nr 4

**Pakiet nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa badania | Ilość badań | Nr kat. / producent | Ilość odczynników  | Cena jedn. netto PLN | Wartość netto PLN | VAT | Wartość brutto PLN |
| 1 | Odczynnik hamujący agregację płytek krwi (za pomocą kwasu arachidonowego), wrażliwy na aspirynę | 5500 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Odczynnik wywołujący przez ADP aktywację płytek wrażliwych na clopidogrel, i innych antagonistów ADP | 4500 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Odczynnik do stymulacji płytek za pośrednictwem receptora trombiny (wrażliwy na antagonistów receptora GP IIb/IIIa) | 800 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kontrole potrzebne do wykonywania w/w ilości badań (jeśli są wymagane) | Zabezpieczające badania |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Materiały zużywalne (niezbędne do wykonywania w/w oznaczeń) | Zabezpieczające badania |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Dzierżawa analizatora | x  |  | 36 m-cy |  |  |  |  |
| razem |  |  |  |

Ilość materiałów zużywalnych i kontroli ( umieścić w dodatkowej tabeli ) Wykonawca ustala na cały okres trwania umowy przetargowej.

W przypadku niedoszacowania w/w produktów dostawca jest zobowiązany dostarczyć potrzebne produkty na własny koszt w ciągu 7 dni , w przeciwnym razie będzie ponosił kary umowne.

….……………………….

podpis Wykonawcy

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Załącznik nr 5

Sprawa nr 27/EZP/20

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawa odczynników wraz z dzierżawą analizatora”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z Wykonawcami uczestniczącymi w niniejszym postępowaniu .

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

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

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

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

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

 ………………………………………………………..

 (czytelne podpisy – imiona i nazwiska osób

 uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 6

………………………..

 (pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające oferowany przedmiot zamówienia – odczynników do wykonywania badań i analizator (nr sprawy 27/EZP/20 ) do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 3 dni od otrzymania zawiadomienia

…………………. dn. ……………. ……………………………………

 (miejscowość) (data) *(podpis osoby upoważnionej do*

 *reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 7

**Parametry techniczne analizatora funkcji płytek**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Spełnienie warunku** | **Potwierdzenie spełniania parametru**  |
| **1** | **Pomiar agregacji (możliwość wykona-nia testów na tzw. „oporność płytkową” m.in. na ASA, Clopidogrel, itp.)**  | **Tak** |  |
| **2** | **Aparat wielokanałowy – minimum 4 kanały pomiarowe** | **Tak** |  |
| **3** | **Mała ilość krwi potrzebna na wykonanie jednego oznaczenia – nie większa niż 500 μl** | **Tak** |  |
| **4** | **Czas uzyskania wyniku do 15 min.** | **Tak** |  |
| **5** | **Możliwość kontroli pomiarów na ekranie monitora w czasie wykonywania badania** | **Tak** |  |
| **6**  | **Instrukcja obsługi w języku polskim** | **Tak** |  |
| **7** | **Jeżeli są wymagane –****Karty charakterystyki preparatów niebezpiecznych w języku polskim** | **Tak** |  |
| **8** | **Aparat objęty autoryzowanym serwisem w ramach czynszu dzierżawnego (możliwość zgłoszenia awarii 7 dni w tygodniu, przyjazd serwisu do 24 h w dni robocze)** | **Tak** |  |

**PARAMETRY DO OCENY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Określenie parametru** | **Punktacja** | **Odpowiedź** |
| **1.** | **Kuwety pomiarowe jednorazowego użytku** | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |
| **2.** | **Możliwość ustawienia dodatkowych własnych parametrów oznaczeń** | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |
| **3.** | **Możliwość pracy na krwi pełnej bez konieczności czasochłonnego przygotowania próbki** | **Tak – 5 pkt.****Nie – 0 pkt.** |  |

*……………………………………………….*

*Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji*