40/2023 Załącznik nr 3 a

do §5 pkt. 1.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 130 000 zł netto

**ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA**

Procedura udzielenia zamówienia publicznego poniżej kwoty 130 000 zł netto

1. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO

ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU

Dział Zaopatrzenia, Gospodarki Magazynowej i Transportu

ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze

tel. 32/278-43-35

1. Nazwa przedmiotu zamówienia

***ODCZYNNIKI DLA PRACOWNI IMMUNOLOGII***

wymagania związane z wykonaniem: - zgodnie z załącznikiem nr 1

1. Oferta.
	1. Ofertę należy złożyć na **Formularzu Oferty** (załącznik nr 1) w formie pisemnej w terminie do dnia **04//05/2023 r do godz. 9:00** w siedzibie Zamawiającego, tj. w budynku medyczno-administracyjnym „B” Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, mieszczącego się przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, w Dziale Zaopatrzenia, Gospodarki Magazynowej i Transportu (pokój nr B3). lub drogą elektroniczną na adres s.jankowska@sccs.pl; e.cybulska@sccs.pl (skany)

**Formularz oferty** musi być wypełniony, podpisany i opieczętowany (pieczątką firmową i imienną) przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy, bądź podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

* 1. Do oferty należy załączyć:
		+ aktualny odpis z właściwego rejestrualbo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej;
		+ Zaakceptowane Istotne Warunki Zamówienia;
		+ Na wezwanie Zamawiającego próbki przedmiotu zamówienia

- Podpisane oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 13 Kwietnia 2022 ro szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (dz. u. z 202r poz. 835)

* 1. Kryterium wyboru oferty: 100% cena/inne …………………..\* (niepotrzebne skreślić)
1. Tryb postępowania:

1. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o przyjęciu lub nieprzyjęciu oferty w terminie do 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert – zamieszczając wynik postępowania na stronie internetowej szpitala.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany terminu składania ofert lub zmiany warunków zamówienia.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo zakończenia postępowania bez wybrania żadnej ze złożonych ofert.
3. W razie nieprzyjęcia oferty Wykonawcy nie przysługują jakiekolwiek roszczenia w stosunku do Zamawiającego.

Zatwierdzam:

 ……………………………………

 (podpis Kierownika Zamawiającego)

łącznik nr 3 b

Pieczęć Wykonawcy

do § 5 pkt. 1.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 130 000 zł netto

**FORMULARZ OFERTY**

Część B (wypełnia Wykonawca)

I. Nazwa i adres WYKONAWCY:

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

nr telefonu ……………………………………………………….

NIP : ……………………………………………………………..

1. Nazwa przedmiotu zamówienia:

***ODCZYNNIKI DLA PRACOWNI IMMUNOLOGII***

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

**PAKIET I**

* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**

**PAKIET II**

* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**
1. Deklaruję ponadto:
	1. Termin płatności: ……..…….(min 60 dni)dni
	2. ~~Okres gwarancji: ……………………..(min. 6 m-cy)~~
	3. Termin wykonania zamówienia 36 m cy
2. Oświadczam, że:

- akceptujemy projekt umowy\*/ istotne postanowienia umowy\* (*\*niepotrzebne skreślić)*

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,

- w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w Formularzu Oferty, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

- termin związania z ofertą wynosi 30 dni

5. ……………………………………………………………………………………………..

6. …………………………………………………………………………………………….

7. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

Data…………………………….. ………………………………

 Podpis i pieczątka Wykonawcy

 **PAKIET I**

***DOSTAWA; ODCZYNNIKI DLA PRACOWNI IMMUNOLOGII***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Test do identyfikacji cyst Pneumocystis jiroveci bezpośrednio w materiale pacjenta metodą immunofluorescencji pośredniej (IFA) | oznaczeń | 960 |  |  |  |
| 2 | Test do wykrywania i identyfikacji wirusów dróg oddechowych bezpośrednio w materiale pacjenta | opak. | 6 |  |  |  |
| 3 | Test do detekcji i identyfikacji Chlamydophila pneumoniae bezpośrednio w materiale w materiale pacjenta metodą immunofluorescencji pośredniej | oznaczeń | 650 |  |  |  |

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

………………………………

podpis osoby upoważnionej

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **opis przedmiotu** | minimalna data ważności od dnia dostawy | j.m. | Ilość |
| 1 | **Test do identyfikacji cyst Pneumocystis jiroveci bezpośrednio w materiale pacjenta metodą immunofluorescencji pośredniej (IFA)** | 6 miesięcy | ilość oznaczeń | 960 |
| test zawiera: |
| przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko antygenowi Pneumocystis jiroveci  |
| przeciwciało kozie anty mysie skoniugowane z FITC |
| medium do zamykania preparatów |
| 2 | **Test do wykrywania i identyfikacji wirusów dróg oddechowych bezpośrednio w materiale pacjenta** | 6 miesięcy | opak. | 6 |
| test zawiera: |
| mieszaninę przeciwciał monoklonalnych skoniugowanych z FITC skierowanych przeciwko antygenom wirusów: adenowirusa, grypy A i B, paragrypy 1,2,3,RSV |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko nukleoproteinie wirusa grypy typu A |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko hemaglutyninie wirusa grypy typu B |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko białku F wirusa paragrypy typu 1 |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko hemaglutyninie wirusa paragrypy typu 2 |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko hemaglutyninie wirusa paragrypy typu 3 |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko nukleoproteinie RSV  |
| monoklonalne przciwciało znakowane FITC skierowane przeciwko wspólnemu antygenowi heksonu adenowirusa |
| medium do zamykania preparatów |
| szkiełka podstawowe do fluorescencji osobno do sreeningu i identyfikacji |
| kontrola dodatnia i ujemna |
| 3 | **Test do detekcji i identyfikacji Chlamydophila pneumoniae bezpośrednio w materiale w materiale pacjenta metodą immunofluorescencji pośredniej** | 6 miesięcy | ilość oznaczeń | 650 |
| test zawiera: |
| przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko antygenowi Chlamydiophila pnemoniae |
| przeciwciało skoniugowane z FITC  |

……………………………

podpis osoby upoważnionej

**PAKIET I**

***DOSTAWA; MARKER DO OBRYSOWYWANIA PREPARATÓW NA SZKIEŁKU***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Marker do obrysowywania preparatów na szkiełku podstawowym o hydrofobowych właściwościach, pozwalajacy na utrzymanie cieczy (odczynnika) na obrysowanym obszarze | Szt. | 24 |  |  |  |

**data ważności od dnia dostawy 6 m cy**

**40/23 ZM**

**PROJEKT UMOWY NR / /EZ/ZM/2023**

Umowa zawarta w dniu ***…………………..*** w Zabrzu na dostawę ***odczynników dla Pracowni Immunologii***

***ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU***

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą: 41-800 Zabrze, ul. M. C. Skłodowskiej 9, zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym w Gliwicach Wydział X Gospodarczy KRS pod nr 0000048349, NIP 6482302807

zwanym dalej „Zamawiającym”

reprezentowanym przez:

1.Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych Bożena Duda

a

Zwanym dalej „Wykonawcą” w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty - została zawarta umowa o następującej treści:

 § 1

1.Wykonawca zobowiązany jest do dostawy***odczynników dla Pracowni Immunologii*** według formularza cenowego załącznik nr 1 do umowy.

2.Okres obowiązywania umowy od Maja 2023 r do Maja 2026 r. z możliwością jednostronnego zmniejszenia wartości przedmiotu umowy przez Zamawiającego lub przedłużenia czasu trwania umowy, w momencie kiedy nie zostanie wyczerpany przedmiot zamówienia, a pozostałe warunki umowy pozostaną bez zmian.

3.Zamawiający nabywa przedmiot zamówienia od Wykonawcy w asortymencie dopuszczonym do obrotu.

 § 2

1.Dostawa ***odczynników dla Pracowni Immunologii*** w ilości i asortymencie podanym w załączniku do umowy.

2.Strony ustalają, że miejscem odbioru ***odczynników dla Pracowni Immunologii*** jest magazyn Zamawiającego.

3.Towar dostarczony będzie w uzgodnionych opakowaniach, które powinny mieć oznaczenia fabryczne tzn. nazwę wyrobu, nazwę i adres producenta, numer katalogowy, numer LOT, datę ważności.

4.Dostawa ***odczynników dla Pracowni Immunologii*** nastąpiwłasnym transportem na koszt i ryzyko Wykonawcy.

5.Realizacja zamówienia odbywać się będzie na każdorazowe zamówienie ze strony Zamawiającego w terminie 7 dni od momentu wysłania zamówienia emailem.

§ 3

Wartość umowy netto i brutto – zawiera należny podatek VAT wynosi;

***Pakiet nr I***

Netto ………………… PLN

Brutto ………………… PLN

Słownie; ……………………………………….

Cena przedmiotu umowy obejmuje w szczególności;

1. koszty sprzedaży z uwzględnieniem wymaganych podatków, opłat i należności celnych (cło w przypadku sprowadzenia przedmiotu zamówienia z krajów spoza Unii Europejskiej)
2. koszty uzyskania wymaganych przepisami powszechnie obowiązujących certyfikatów, zezwoleń, licencji, atestów i innych dokumentów niezbędnych do obrotu przedmiotem umowy.
3. faktura musi zawierać następujące elementy; numer serii, data ważności numer katalogowy,
4. jeżeli faktura nie będzie zawierała, numerów serii, daty ważności czy też numeru katalogowego zamawiający ma prawo wstrzymać się z zapłatą należności objętej fakturą do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury,

§ 4

1.Zapłata za otrzymane ***odczynniki dla Pracowni Immunologii*** nastąpi na podstawie faktury VAT poleceniem przelewu na konto wykonawcy w ciągu ………. dni min (60 dni) od daty otrzymania faktury.

2.Zamawiający zaleca wysyłanie faktur w formacie PDF w wersji elektronicznej na adres faktury.ez@sccs.pl.

 § 5

Wykonawca zapłaci kupującemu karę umowną:

1. za opóźnienie w wykonaniu dostawy 50,00 złoty brutto za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu przedmiotu umowy.

2. za odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z winy Wykonawcy 10 % wartości umowy brutto.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

4. Do końca obowiązywania umowy Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w części lub w całości w przypadku nienależytego wykonania umowy.

5. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć 20 % wartości umowy brutto.

§ 6

1. Zmiany bądź uzupełnienia niniejszej umowy mogą wystąpić jedynie w formie pisemnej.
2. W przypadku gdy z przyczyn niezawinionych przez Dostawcę nie jest możliwe dostarczenie produktu stanowiącego przedmiot umowy (wg nazwy handlowej) Dostawca jest zobowiązany poinformować Zamawiającego o tym fakcie i wyjaśnić w/w niemożliwość. Zamawiający ma prawo oceny wyjaśnienia dostawcy i stosownie do tej oceny może zażądać bądź dostarczenia przedmiotu umowy bądź dostarczenia towaru posiadającego takie same jak przedmiot umowy lub lepsze parametry techniczne.

§ 7

W przypadku braku dostawy przedmiotu umowy w wymaganym umową czasie Zamawiający ma prawo zakupu przedmiotu umowy lub towaru równoważnego od pomiotu trzeciego w niezbędnym dla siebie zakresie ilościowym, a Dostawca pokrywa różnicę w cenie zakupu jeżeli będzie ona wyższa niż określona w niniejszej umowie.

 § 8

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

 § 9

Wszelkie sprawy sporne wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w sądzie powszechnym właściwym miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

§ 10

W związku z przepisem art. 4 c ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych Zamawiający/Zleceniodawca oświadcza, że posiada status dużego przedsiębiorcy.

 § 11

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY

**SPRAWA NR 40/EZ/23**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA ZGODNIE Z ART. 7 USTAWY Z DNIA 13 KWIETNIA 2022 R. O SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZANIACH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO (DZ. U. Z 202r poz. 835)**

Jako Wykonawca: …………………………………………… *(należy podać nazwę wykonawcy)* ubiegający się o ww. zamówienie publiczne oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (tj. Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2022 r. poz. 835)

…………………………………………….

Podpis Wykonawcy