Załącznik nr 1 do SWZ

# **FORMULARZ OFERTY/OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Regionalne Centrum Naukowo - Technologiczne**

**Podzamcze 45, 26 – 060 Chęciny**

**NAZWA WYKONAWCY: ...................................................................................................................................................................................**

ADRES/SIEDZIBA WYKONAWCY:

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

Tel.: .............................................................................Faks: .......................................................................... E-mail: ……………………………….....

Nr REGON: ........................................................ Nr NIP: ...........................................................

Nawiązując do ogłoszenia o prowadzonym postępowaniu w trybie podstawowym bez negocjacji o udzielenie zamówienia publicznego pn.:  **„Dostawa odczynników na cele Biobanku, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego oraz Publicznego Banku Komórek Macierzystych Regionalnego Centrum Naukowo-Technologicznego w Podzamczu”** zamieszczonego na stronach portalu internetowego Urzędu Zamówień Publicznych oraz na stronie internetowej http://bip.sejmik.kielce.pl/387-zamowienia-publiczne.htmlna warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ) wraz z załącznikami, oferujemy przedmiot zamówienia w zakresie zadania:

**Zadanie I** **Dostawa sukcesywna odczynników do cytometru BD FACSCalibur**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | BD Stem Cell Control Kit, krew kontrolna do CD34+ 2 poziomy - niski 10 komórek/µl i wysoki 35 komórek/µ rekomendowana do zestawu BD Stem Cell Enumeration Kit lub równoważna dedykowana dla aparatu BD FACS Calibur | Szt. | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | CaliBrite 3 Zestaw mikrosfer wyznakowanych 3 różnymi fluorochromami (FITC, PE, PerCP) oraz niewyznakowanych lub równoważny dedykowany dla aparatu BD FACS Calibur | Szt. | 7 |  |  |  |  |  |  |
|  | FACSClean płyn myjący lub równoważny dedykowany do aparatu BD FACSCalibur. | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Stain Buffer (BSA), 1x skoncentrowany PBS o pH 7,4 uzupełniony 0,2 do 0,5% BSA do rozcieńczania próbek krwi lub równoważny pojemność 500 ml. Produkt do diagnostyki in vitro (IVD) | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw BD Stem Cell Enumeration Kit do oznaczenia liczby żywych komórek CD34+ oraz ustalenia odsetka komórek CD34+ we wszystkich żywych leukocytach. Zestaw zawiera 50 probówek trucount, przeciwciała CD45-FITC/CD34-PE, 7-ADD oraz bufor do lizy erytrocytów lub równoważny dedykowany do aparatu BD FACS Calibur | Szt. | 9 |  |  |  |  |  |  |
|  | FACSFlow Sheath Fluid płyn roboczy niezbędny do pracy cytometru lub równoważny dedykowany dla aparatu BD FACS Calibur. | Szt. | 9 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie II Dostawa jednorazowa odczynników do biologii molekularnej**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Woda do biologii molekularnej. Pojemność 500 ml. Czysta od RNaz i DNaz | Szt. | 80 |  |  |  |  |  |  |
|  | Agaroza do elektroforezy 1kg | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Bufor, roztwór TBE 10X skoncentrowany, 5L | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Buffer TAE 10x skoncentrowany, 5L | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Trireagent, 50 mL | Szt. | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | Izopropanol (alkohol izopropylowy) cz.d.a, op. 1000 ml | Szt. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Chloroform cz.d.a. 1L | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Nietoksyczny barwnik do barwienia żeli, 1 mL | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Bufor obciążający do elektroforezy agarozowej, 1mL | Szt. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | DNA Marker 1 (100-1000), 500 uL | Szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Alkohol etylowy 96% cz.d.a op. 500 ml | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | Tris(hydroxymethyl)aminomethane, 500g | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 1M NaOH do biologii molekularnej 500 mL | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | Tween 20, 500 mL | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 1 M Tris-HCl pH 8.0, 1L | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 14 dni, 12 dni, 10 dni).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 10 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 10 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 13 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 14 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 11 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 12 dni Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 14 dni i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie III Dostawa sukcesywna testów immunoenzymatycznych (ELISA) do wykrywania przeciwciał anty-HIV**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
| 1. 111111 | Diagnostyczny (IVD) test immunoenzymatyczny (ELISA) do wykrywania przeciwciał anty-HIV 1 (w tym grupy O) i anty-HIV 2 oraz antygenu p24 (test COMBO) w surowicy krwi ludzkiej firmy DiaSorin lub równoważny. Zestaw zawierający jedną płytkę 96-dołkową (12 wyłamywanych stripów x 8 dołków okrągłodennych przezroczystych). Zestaw powinien zawierać komplet wszystkich niezbędnych odczynników. Zestaw powinien charakteryzować się swoistością na poziomie minimum 99,5%. Wykonawca zobowiązany jest do przygotowania aplikacji procesowej w siedzibie Zamawiającego na udostępnionym przez niego sprzęcie (czytnik płytek Tecan Infinite M200PRO, automatyczna płuczka mikropłytek Tecan hydroFLEX) oraz sprawdzenia poprawności działania testu na własny koszt. Wykonawca winien przedstawić dowody, iż oferowane zestawy używane są/były w laboratoriach medycznych działających w obrębie szpitali/klinik/przychodni zakaźnych, bądź wykonywały na ich zlecenie badania. Minimalny wymagany termin ważności nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostawy danej partii zestawów do siedziby Zamawiającego. Wymagana dostawa certyfikatów kontroli jakości danej serii produkcyjnej podczas dostawy zestawów. | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie IV Dostawa sukcesywna odczynników dedykowanych do aparatu Sysmex XN-1000[DIFF]Pure**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Rozcieńczalnik - odczynnik zawierający chlorek sodu – 0,7%, bufor tris – 0,2% oraz EDTA-2K- 0,02% wykorzystywany do pomiaru liczby i wielkości RBC oraz płytek krwi metodą ogniskowania hydrodynamicznego dedykowany do aparatu Sysmex XN-1000[DIFF]Pure lub równoważny Pojemność 20L Termin ważności po otwarciu minimum 60 dni. | szt. | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Bezcyjankowy odczynnik zawierający siarczan laurylu sodu (SDS) do automatycznego określania stężenia hemoglobiny dedykowany do aparatu Sysmex XN-1000[DIFF]Pure lub równoważny Pojemność 5L Termin ważności po otwarciu minimum 60dni. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Odczynnik lizujący wykorzystywany w analizatorach hematologicznych Sysmex XN-1000[DIFF]Pure lub równoważny zawierający organiczne czwartorzędowe sole amoniowe – 0,20% oraz niejonowy środek powierzchniowo czynny – 0,10% Pojemności 5L. Termin ważności po otwarciu minimum 90dni | szt. | 7 |  |  |  |  |  |  |
|  | Odczynnik lizujący wykorzystywany w analizatorach hematologicznych Sysmex XN-1000[DIFF]Pure lub równoważny zawierający organiczne czwartorzędowe sole amoniowe – 0,07% oraz niejonowy środek powierzchniowo czynny – 0,17% Pojemności 5L. Termin ważności po otwarciu minimum 90 dni | szt. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Odczynnik przeznaczony do barwienia komórek jądrzastych w rozcieńczonych i lizowanych próbkach krwi, zawierający barwnik polimetynowy 0,005%i glikoletylenowy 99,9% wykorzystywany w analizatorach hematologicznych Sysmex XN-1000[DIFF] Pure lub równoważny Pojemność kasety2x82ml Termin ważności po otwarciu minimum 90 dni | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Odczynnik przeznaczony do barwienia leukocytów w rozcieńczonych i lizowanych próbkach krwi, zawierający barwnik polimetynowy 0,002% , metanol 3,0%, glikol etylenowy 96,9% wykorzystywany w analizatorach hematologicznych Sysmex XN-1000[DIFF] Pure lub równoważny Pojemność kasety 2x42ml Termin ważności po otwarciu minimum 90 dni. | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Materiał kontrolny na trzech poziomach: niskim normalnym i wysokim. Zawierający stabilizowane ludzkie krwinki czerwone i białe, płytki krwi, jądrzaste krwinki czerwone oraz środek konserwujący. Wyłącznie do użytku w diagnostyce in vitro (IVD). Przeznaczony do kontroli następujących parametrów: całkowitej liczby krwinek(CBC) wzoru odsetkowego krwinek białych, liczby retikulocytów i jądrzastych krwinek czerwonych (NRBC) Dedykowany do aparatu Sysmex XN-1000[DIFF]Pure lub równoważny. Pojemność 3 ml każdy. Data ważności po otwarciu minimum 7 dni. | szt. | 18 |  |  |  |  |  |  |
|  | Silny detergent alkaliczny do usuwania resztek odczynników lizujących, resztek komórkowych oraz białek Dedykowany do aparatu Sysmex XN-1000[DIFF] Pure lub równoważny Pojemność ok 50ml. Data ważności po otwarciu minimum 60 dni | szt. | 24 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie V Dostawa sukcesywna testów immunoenzymatycznych do wykrywania przeciwciał anty-HCV**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Diagnostyczny (IVD) test immunoenzymatyczny do wykrywania przeciwciał anty-HCV (metodą ELISA) w surowicy krwi ludzkiej. Zestaw zawierający komplet wszystkich niezbędnych odczynników, płytkę 96-dołkową z wyłamywanymi stripami (12 stripów x 8 dołków) kompatybilną z czytnikiem Tecan Infinite M200PRO  oraz automatyczną płuczką mikropłytek Tecan hydroFLEX.  Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z odczynnikami certyfikatu kontroli jakości. Wykonawca zobowiązany jest do przygotowania aplikacji procesowej w siedzibie Zamawiającego na udostępnionym przez niego sprzęcie: czytnik płytek Tecan Infinite M200PRO, automatyczna płuczka mikropłytek Tecan hydroFLEX) oraz sprawdzenia poprawności działania testu na własny koszt. Wykonawca winien przedstawić dowody iż oferowane zestawy używane są/były w laboratoriach medycznych działających w obrębie szpitali/klinik/przychodni. | Op. | 5 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie VI Dostawa sukcesywna odczynników do analizatora IMMULITE 2000 XPi**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania antygenu powierzchniowego HBV – HbsAg w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania wszystkich przeciwciał specyficznych dla antygenu rdzeniowego (HBcAg) HBV w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi  lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania przeciwciał klasy IgM specyficznych w stosunku do antygenów Toxoplasma gondii (anty-Toxoplasma IgM) w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi  lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do ilościowego oznaczania przeciwciał klasy IgG specyficznych w stosunku do antygenów Toxoplasma gondii (anty-Toxoplasma IgG) w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania przeciwciała IgG specyficznego dla cytomegalowirusa (CMV) w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania przeciwciał IgM specyficznych dla cytomegalowirusa (CMV) w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi  lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Test diagnostyczny in vitro – do jakościowego oznaczania przeciwciał dla Treponema pallidum w ludzkiej surowicy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | Zestaw/200 oznaczeń | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | Substrat chemiluminescencyjny odczynnik dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | 2000 oznaczeń | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kuwety dedykowane dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważne. | 1000 sztuk | 6 |  |  |  |  |  |  |
|  | Roztwór płuczący dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | 2000 oznaczeń | 6 |  |  |  |  |  |  |
|  | Roztwór czyszczący dedykowany  dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | 100 ml | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Alkohol izopropylowy dedykowany dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważny. | 1 L | 12 |  |  |  |  |  |  |
|  | Mikroprobówki  dedykowane dla analizatora IMMULITE 2000 XPi lub równoważne. | 1000 sztuk | 3 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie VII Dostawa jednorazowa odczynników i materiałów do chromatografii**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | fiolki z gwintem o objętości 1,5 ml, przeźroczyste, z białym polem opisu, wykonane ze szkła borokrzemowego, w zestawie z nakrętkami wykonanymi z PP z otworem i pasującymi septami PTFE/silikon/PTFE - z przeznaczeniem do wielokrotnej iniekcji, kompatybilne z autosamplerem chromatografu Agilent Infinity 1260 | Szt. | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | kolby miarowe o objętości 5 ml, ze szlifem wykonane ze szkła borokrzemowego klasy B, w zestawie z pasującymi szklanymi korkami | Szt. | 30 |  |  |  |  |  |  |
|  | tryskawka laboratoryjna o pojemności 500 ml, wykonana z LDPE z nasadką tryskającą | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | szalka Petriego wykonana ze szkła borokrzemowego o średnicy 100 mm | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | cylinder miarowy ze stopą szklaną, z podziałką, wykonany ze szkła borokrzemowego klasy A, o objętości 100 ml | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | cylinder miarowy ze stopą szklaną, z podziałką, wykonany ze szkła borokrzemowego klasy A, o objętości 50 ml | Szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | acetonitryl o czystości do HPLC, zawartość substancji głównej wynosi minimum 99,9% | litr | 15 |  |  |  |  |  |  |
|  | eter naftowego cz.d.a. o temperaturze wrzenia mieszczącej się w zakresie od 40°C do 89°C | litr | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | acetonu o czystości do HPLC, zawartość głównej substancji wynosi minimum 99,7% | litr | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | chlorek sodu cz.d.a | kg | 2 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 14 dni, 12 dni, 10 dni).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 10 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 10 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 13 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 14 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 11 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 12 dni Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 14 dni i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

**Zadanie VIII Dostawa jednorazowa sterylnego roztworu HES**

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Sterylny roztwór hydroksyetyloskrobii 6% o masie cząsteczkowej 450 KDa. Opakowanie fiolka 50 ml. Wymagane dostarczenie certyfikatu, termin ważności minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia do siedziby zamawiającego. | Szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 14 dni, 12 dni, 10 dni).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 10 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 10 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 13 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 14 dni. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje termin 11 dni, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 12 dni Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 14 dni i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

Zadanie IX Dostawa sukcesywna podłoży mikrobiologicznych BD BACTEC PLUS

Wykonawca zobowiązany jest przedłożyć przy dostawie dla każdego dostarczanego produktu w ramach niniejszego zadania certyfikat kontroli jakości. Zamawiający dopuszcza aby wymagane przy dostawie certyfikaty kontroli jakości były wysyłane w formie mailowej. Zamawiający zastrzega, iż powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez udostępnienie przez Wykonawcę Zamawiającemu linku do pobrania powyższych certyfikatów ze strony internetowej. Numer partii na certyfikacie musi być zgodny z numerem partii produkcyjnej dostarczonej do Zamawiającego.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | j.m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Cena jednostkowa brutto | Stawka  VAT | Ilość x cena jednostkowa netto | Ilość x cena jednostkowa brutto | Producent, numer katalogowy,  Certyfikat lub oświadczenie |
|  | Podłoża mikrobiologiczne BD BACTEC PLUS Aerobic/F Medium (wzbogacony bulion z hydrolizatem sojowo-kazeinowym i CO2 oraz żywicą) do hodowli i wykrywania drobnoustrojów tlenowych we krwi, zwiększające możliwość ich wykrycia u pacjentów leczonych antybiotykami lub równoważne dedykowane dla aparatu BD BACTEC FX. Wymagane dołączenie certyfikatu | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Podłoża mikrobiologiczne BD BACTEC PLUS Anaerobic/F Medium (zredukowany, wzbogacony bulion z hydrolizatem sojowo-kazeinowym i CO2 oraz żywicą) do hodowli i wykrywania drobnoustrojów beztlenowych (bakterii i drożdżaków) we krwi, zwiększające możliwość ich wykrycia u pacjentów leczonych antybiotykami lub równoważne dedykowane dla aparatu BD BACTEC FX. Wymagane dołączenie certyfikatu | Op. | 10 |  |  |  |  |  |  |

**Wartość ogółem brutto…………………………………….zł**

**(słownie brutto) ……………………………………………………………………………………………………………………………złotych.**

**Oferuję/emy gwarantowany Termin dostawy w czasie:………………………………….dni (należy wskazać: 5 dni roboczych, 4 dni robocze, 3 dni robocze).**

**(W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje w Formularzu oferty dłuższy termin niż 5 dni roboczych, jego oferta zostanie uznana za niezgodną z SWZ i zostanie odrzucona, zgodnie z art. 226 ust.1 pkt 5 ustawy Pzp. W przypadku, gdy którykolwiek z Wykonawców zaoferuje krótszy termin niż 3 dni robocze, do obliczeń zostanie przyjęta liczba 3 dni robocze. Jeżeli którykolwiek z Wykonawców nie wskaże w Formularzu oferty żadnego czasu dojazdu, Zamawiający na potrzeby oceny ofert przyjmie maksymalny dopuszczalny termin dostawy, tj. 5 dni roboczych i oferta otrzyma 0 punktów w tym kryterium.)**

1. Oświadczam(-my), że:

* oferuję(-)my **warunki płatności zgodnie z postanowieniami SWZ**,
* zapoznałem(-liśmy) się ze specyfikacją warunków zamówienia, nie wnoszę(-simy) do niej zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w niej zawarte,
* cena obejmuje wszystkie koszty związane z prawidłową realizacją zamówienia z uwzględnieniem postanowień zawartych w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, umowie, SWZ, wyjaśnień do SWZ i jej zmian,
* **akceptuję(-emy) wzór umowy oraz zobowiązuję(-emy) się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na określonych w nim warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,**
* akceptuję(-jemy) wskazany w SWZ okres związania złożoną ofertą,
* oświadczamy, iż gwarantujemy jakość oferowanych odczynników zgodnie z wymaganiami Zamawiającego oraz obowiązującymi

przepisami prawa.

1. Dostawy objęte zamówieniem**[[1]](#footnote-1)**:

Wykonam(-my) osobiście

Zamierzam(-my) powierzyć podwykonawcom wykonanie następującego zakresu prac:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zakres prac objętych przedmiotem zamówienia, który Wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcy / podwykonawcom | Procentowy udział lub wartość część zamówienia, jaka zostanie powierzona podwykonawcy / podwykonawcom *(o ile jest znana)* | Nazwa (firma)  Podwykonawcy  (o ile jest znana) | Czy podwykonawca jest podmiotem, na którego zasoby powołuje się Wykonawca na zasadach art. 118 ustawy Pzp |
| ……………………………… | …………………. | ……………………. | TAK / NIE\* |
| ……………………………… | …………………. | ……………………. | TAK / NIE\* |

1. **Informuję(-jemy), że wybór niniejszej oferty[[2]](#footnote-2) zgodnie z art. 225 ust. 1 ustawy Pzp:**

**NIE** prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług;

prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług i wskazujemy poniżej nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku i stawkę podatku VAT, która będzie miała zastosowanie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi** | **Wartość bez kwoty podatku** | **Stawka podatku od towaru i usług** |
| 1. | …………………………………………………….. | ……………………………………zł | …………………………………………….% |
| … | ………………………………………………… | …………………………………………. zł | ……………………………………….% |

1. Oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję jest**[[3]](#footnote-3)**:

mikroprzedsiębiorstwem,

małym przedsiębiorstwem,

średnim przedsiębiorstwem,

jednoosobową działalnością gospodarczą,

osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

inny rodzaj ……………………………………………

**W przypadku złożenia oferty wspólnej wypełnić odrębnie dla każdego podmiotu. Powyższe informacje są wymagane wyłącznie do wypełnienia informacji o złożonych ofertach przekazywanych Prezesowi UZP oraz do sporządzenia rocznego sprawozdania o udzielonych zamówieniach publicznych (do celów statystycznych).**

5. Oświadczam/y iż wyrażam/y⃰ zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie w celu udziału w postępowaniu przetargowym.

6. Oświadczamy, że żadne z informacji zawartych w ofercie **nie stanowią tajemnicy** przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji/wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie **stanowią tajemnicę** przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i

w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane,

w szczególności innym uczestnikom postępowania. ⁎

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) | Strony w ofercie (wyrażone cyfrą) |
|  |  | od | do |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| …. |  |  |  |

Uzasadnienie (należy wykazać, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa): ………………………………………………………………………....

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

Uzasadnienie można złożyć na osobnym podpisanym załączniku.

7. Świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 KK oświadczam/y, że wszystkie informacje zamieszczone w naszej ofercie i załącznikach do niej są

prawdziwe.

8. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty

1)...........................................................................................................................

2)...........................................................................................................................

*UWAGA!!! Niniejszy formularz winien być sporządzony w postaci elektronicznej i opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby upoważnionej (wypełniając formularz zaleca się usunąć tą informację).*

***\* niewłaściwe skreślić***

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

miejscowość data pieczątka imienna i podpis osoby(osób) uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy

1. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku: wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 7 ustawy o podatku od towarów i usług, importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację. [↑](#footnote-ref-3)