**Załącznik nr 1**

**Kz-II.2380.19.2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

z wyłączenia stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych

**1. Pełna nazwa i adres siedziby Wykonawcy**

/w przypadku podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie - konsorcja, spółki cywilne wpisać wszystkich uczestników/wspólników/

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

REGON ........................................................... NIP ........................................................................

**2. Dane do korespondencji i kontaktu:**

Telefon ........................................ kom .......................................

Adres e- mail………………………………………………………………………………………….…………

**3. Oświadczam, że zgodnie z** …………………………………………………/wskazać odpowiedni dokument, z którego wynika prawo do reprezentacji Wykonawcy – KRS, CEIDG, pełnomocnictwo/

**do reprezentacji Wykonawcy w postępowaniu, złożenia i podpisania oferty wraz  
z załącznikami uprawniony jest:**

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

*/imię i nazwisko osoby/osób/*

**4. Kryteria oceny ofert**

**ZADANIE NR 1**

**1. Cena oferty**:

**cena netto** : .......................... zł,słownie: ...................................................................... zł

**VAT** : .......................... zł,słownie: ........................................................................ zł

**cena brutto** .......................... **zł słownie :** ……………………….................................. **zł.**

**2. Termin realizacji zamówienia (maksymalnie ……… dni od daty zawarcia umowy)** (należy oznaczyć znakiem „x” w polu kwadratu)

* *termin realizacji usługi 5* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 10* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 15* dni roboczych

**3. Wykonawca będzie dysponował minimum jedną osobą posiadającą doświadczenie zawodowe w serwisowaniu aparatu objętego przedmiotem zamówienia, posiadającą określone kwalifikacje zawodowe w serwisowaniu aparatu objętego przedmiotem zamówienia, potwierdzone dokumentem, tj. imiennym certyfikatem/dyplomem/zaświadczeniem w zakresie serwisowania ww. urządzenia, przeszkolonymi przez producenta, importera lub dystrybutora i uprawnionymi do serwisowania sprzętu objętego przedmiotem zamówienia. W ramach potwierdzenia przeszkolenia (posiadania kwalifikacji przez pracownika) Zamawiający dopuszcza autoryzację producenta wystawioną dla Wykonawcy. Wspomniana autoryzacja będzie posiadać imienny wykaz pracowników przeszkolonych oraz dopuszczonych przez producenta do serwisowania aparatury medycznej objętej przedmiotem zamówienia.**

* *TAK* (musi być poświadczone dokumentem przedstawionym wraz z ofertą)
* *NIE*

**ZADANIE NR 2**

**1. Cena oferty**:

**cena netto** : .......................... zł,słownie: ...................................................................... zł

**VAT** : .......................... zł,słownie: ........................................................................ zł

**cena brutto** .......................... **zł słownie :** ……………………….................................. **zł.**

**2. Termin realizacji zamówienia (maksymalnie ………. dni od daty zawarcia umowy)** (należy oznaczyć znakiem „x” w polu kwadratu)

* *termin realizacji usługi 5* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 10* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 15 dni roboczych*

**ZADANIE NR 3**

**1. Cena oferty**:

**cena netto** : .......................... zł,słownie: ...................................................................... zł

**VAT** : .......................... zł,słownie: ........................................................................ zł

**cena brutto** .......................... **zł słownie :** ……………………….................................. **zł.**

**2. Termin realizacji zamówienia (maksymalnie ….. dni od daty zawarcia umowy)** (należy oznaczyć znakiem „x” w polu kwadratu)

* *termin realizacji usługi 5* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 10* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 15 dni roboczych*

**ZADANIE NR 4**

**1. Cena oferty**:

**cena netto** : .......................... zł,słownie: ...................................................................... zł

**VAT** : .......................... zł,słownie: ........................................................................ zł

**cena brutto** .......................... **zł słownie :** ……………………….................................. **zł.**

**2. Termin realizacji zamówienia (maksymalnie …… dni od daty zawarcia umowy)** (należy oznaczyć znakiem „x” w polu kwadratu)

* *termin realizacji usługi 5* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 10* dni roboczych
* *termin realizacji usługi 15 dni roboczych*

**5. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

ZADANIE NR 1

**Przegląd serwisowy**

**Analizatora genetycznego HITACHI Genetic Analyser HID AB** **3500 firmy Life Technologies, rok produkcji 2018**

* przegląd i sprawdzenie lasera – kontrola nastawienia, zasilania, chłodzenia, testy wydajności, określenie stanu żywotności lasera,
* czyszczenie optyki, kontrola kamery,
* kontrola pola grzejnego, kalibracja bloku grzejnego i sprawdzenie funkcjonalności,
* kontrola autosamplera i jego komponentów, czyszczenie, kalibracja (matryca dla zestawu sześcio barwnikowego DS.-36;J6)), detekcja uszkodzeń,
* kontrola bloku polimeru – funkcjonalności, szczelności, detekcji mikrouszkodzeń,
* kontrola elektronicznych komponentów urządzenia (zasilanie) – kontrola pompy, wentyli i dozujących tłoków, czyszczenie, wymiana uszczelek,
* przegląd komputera, kontrola kopii zapasowych na dysku twardym, wykonanie kopii zapasowej danych,
* przeprowadzenie autodiagnostyki urządzenia, kontrola i dostosowanie parametrów pracy do ustawień pożądanych przez producenta,
* wymiana części zużywalnych (części zestawu planowanego przeglądu w tym filtra)
* **podczas przeglądu sprawdzenia ważności, poprawności oprogramowania niezbędnego do prawidłowej pracy sprzętu.**
* Wykonanie usługi na terenie LK KWP w Łodzi
* Sporządzenie raportu serwisowego.

ZADANIE NR 2

**Wzorcownie**

**Grubościomierz cyfrowy przenośny FD-50 Nr. seryjny 90178090 rok produkcji 2015 r.,**

* rozdzielczość grubościomierza 0,001 mm, zakres pomiarowy 0-10 mm.
* wymagane jest, aby wykonawcą usługi było laboratorium pomiarowe posiadające akredytację Polskiego Centrum Akredytacji potwierdzającą jego kompetencje oraz zgodność wdrożonego systemu jakości z wymogami normy międzynarodowej PN-EN ISO/IEC 17025,
* świadectwa wzorcowania muszą być w języku polskim i spełniać wymagania Polskiego Centrum Akredytacji odnośnie wzoru (zawierać symbol akredytacji PCA),
* po wykonanej usłudze Wykonawca powiadomi Użytkownika (zamawiającego) o stwierdzonych nieprawidłowościach w otrzymanych pomiarach uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie urządzeń.
* w uzasadnionych przypadkach wykonanie regulacji grubościomierza,

ZADANIE NR 3

**Przegląd serwisowy**

**Komora cyjanoakrylowa Safefume CATRI Standard Triplex Model (3 komorowa)**

* ogólny przegląd stanu urządzenia (kompletność podzespołów, stan techniczny uszczelek drzwi komory)
* wykonanie testów działania poszczególnych elementów urządzenia (oświetlenie, wentylatory cyrkulacyjne, płyty grzejne, nawilżacze, wentylatory główne, sygnalizatory otwartych drzwi komory, blokada drzwi),
* wymiana filtrów: główny filtr węglowy ASTM-001 (nr seryjny: 640703935), filtr wstępny ASTM-PRF, filtr wentylatora cyrkulacyjnego CA-PRF, filtr nawilżacza WF2,
* weryfikacja parametrów temperatury (25o C) i wilgotności (80%) przy użyciu wzorcowanego urządzenia pomiarowego,
* wykonanie usługi na terenie LK KWP w Łodzi,
* sporządzenie raportu serwisowego.

ZADANIE NR 4

**Przegląd serwisowy**

**Komora DFO + Ninhydryna Safedevelop Air Science**

**Model/ nr seryjny:** SD 84149

* ogólny przegląd stanu urządzenia (kompletność podzespołów, stan techniczny uszczelek drzwi komory, połączenie komory ze zbiornikiem wody),
* wykonanie testów działania poszczególnych elementów urządzenia (oświetlenie, systemy zabezpieczające, programatory sterujące),
* weryfikacja parametrów temperatury (80oC i 100o C) i wilgotności (65%) przy użyciu wzorcowanego urządzenia pomiarowego.
* wykonanie usługi na terenie LK KWP w Łodzi,
* sporządzenie raportu serwisowego.

**6. Oświadczam / oświadczamy, że**:

1. zapoznałem/ - am się z treścią Ogłoszenia wraz z załącznikami, nie wnoszę / wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem / - am konieczne informacje do przygotowania oferty;
2. akceptuj wzór umowy stanowiący załącznik do Ogłoszenia i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej/naszej oferty, do zawarcia umowy na wymienionych w niej warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;

c) przystępując do postępowania uzyskałem wszelkie niezbędne informacje co do ryzyka, trudności i wszelkich innych okoliczności jakie mogą mieć wpływ na ofertę i biorę pełną odpowiedzialność za odpowiednie wykonanie przedmiotu umowy

* 1. **/jeżeli dotyczy/** Oświadczamy, że poniżej wskazaną część zamówienia powierzam do wykonania  podwykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podwykonawcy | Opis części zamówienia powierzonej podwykonawcy |
|  |  |

* 1. **/jeżeli dotyczy/** Oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług. Wobec powyższego przekazuje wymagane informacje:

- nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego………………………………….

- wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku…………………………

- stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie………………………….

……………………………………..

(podpis osoby upoważnionej)