Zał. nr 1

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

(pieczątka Wykonawcy) (miejscowość, data)

Znak sprawy-01/KWO/2021

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw** **Wewnętrznych i Administracji w Kielcach**

ul. Wojska Polskiego 51

25-375 Kielce

## FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO O WARTOŚCI SZACUNKOWEJ**

poniżej kwoty, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 Ustawy Pzp

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| Siedziba |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu *(podać obowiązkowo)* |  |
| Adres e-mail *(podać obowiązkowo)* |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

1. **Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego o wartości poniżej 130 000 zł o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie***Zakup i dostawę odczynników hematologicznych wraz z dzierżawą analizatora hematologicznego dla SP ZOZ MSWiA w Kielcach*

**W imieniu swoim i reprezentowanej firmy składam(y) ofertę wykonanie przedmiotu zamówienia za wynagrodzenie ryczałtowe brutto wynikające   
z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:**

**CENA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Zakres | Wartość netto | Podatek VAT | Wartość brutto |
| 1 | Oferujemy **wykonanie przedmiotu zamówienia:** (dzierżawa + odczynniki) zgodnie i na warunkach określonych w ZAPYTANIU OFERTOWYM na okres  **36 miesięcy.** |  |  |  |
| **w tym** | | | | |
| 2 | Wartość za odczynniki, materiały kontrolne i eksploatacyjne (kalibratory, surowice kontrolne, płyny płuczące, konserwujące, rozcieńczalniki, kuwety itp.) na okres 36 miesięcy: |  |  |  |
| 3 | Wartość dzierżawy analizatora za okres 36 miesięcy  Wartość dzierżawy analizatora za **jeden** miesiąc | ………………  (kwota za 36 m-y)  ……………...  (kwota za 1 m-c) | ………….  (kwota za 36 m-y)  ……………  (kwota za 1 m-c) | ………….  (kwota za 36 m-y)  ……………  (kwota za 1 m-c) |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW ANALIZATORA HEMATOLOGICZNEGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry wymagane** | | |
| 1. Analizator hematologiczny używany, z rozdziałem leukocytów na 5 populacji w oparciu o technologię **fluorescencyjnej cytometrii** **przepływowej z laserem półprzewodnikowym.** | TAK |
| 1. Analizator wyposażony w podajnik na minimum **20 próbek** oczekujących na oznaczenie. | TAK |
| 1. Minimalna wydajność: **60 oznaczeń/godzinę.** | TAK |
| 1. Maksymalna objętość aspiracji w trybie CBC i CBC+5DIFF: **25ul** | TAK |
| 1. Oznaczanie minimum **24 parametry** krwi obwodowej, w tym rozdział leukocytów na 5 populacji oraz **niedojrzałe granulocyty jako parametr raportowalny.** | TAK |
| 1. Analizator z osobnym trybem dla próbek leukopenicznych- z wydłużonym czasem zliczania leukocytów. | TAK |
| 1. Minimalne liniowości dla wybranych parametrów: **WBC do min. 350 000/ul, RBC do min. 8 mln/ul, PLT do min. 4 mln/ul.** | TAK |
| 1. Wpięcie analizatora do systemu LIS na koszt dostawcy. | TAK |
| 1. Wbudowany moduł kontroli jakości – kontrola jakości dla minimum jednego poziomu dziennie dla morfologii krwi obwodowej – zamiennie różne poziomy. | TAK |
| 1. Analizator wyposażony w monitor LCD. | TAK |
| 1. Dostarczenie stacji roboczej – komputer z oprogramowaniem Microsoft-office, monitor, klawiatura, myszka, czytnik kodów kreskowych, drukarka laserowa sieciowa. | TAK |
| 1. Szkolenie z obsługi i interpretacji wyników | TAK |
| 1. Dostawca zapewnia przegląd serwisowy analizatora 1x w roku | TAK |
| 1. Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii ze strony oferenta max.24godz | TAK |
| 1. W przypadku awarii wymagającej skierowania analizatora do serwisu, dostawca zapewnia aparat zastępczy lub refunduje koszt wykonania badań u podwykonawcy. | TAK |
| 1. Możliwość wpięcia do kontroli międzynarodowej producenta analizatora w oparciu o wyniki kontroli wewnątrzlaboratoryjnej | TAK |

**Parametry oceniane**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **TAK/NIE** |
| 1. | Analizator wyposażony w osobny tryb dla płynów z jam ciała, bez potrzeby użycia dodatkowych odczynników. |  |
| 2. | Analizator z możliwością oceny mikro i makrocytów w postaci parametrów raportowalnych. |  |
| 3. | Możliwość sprawdzenia wartości NRBC i IG – raportowane lub nie raportowane. |  |

1. **Oświadczamy, że:**
2. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie i na warunkach określonych w ZAPYTANIU OFERTOWYM, z terminem płatności 60 dni od otrzymania faktury przez Zamawiającego.
3. Zapewniamy realizację zmówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego zawartymi w ZAPYTANIU OFERTOWYM i załącznikach.
4. Zapoznaliśmy się z treścią ZAPYTANIA OFERTOWEGO i nie wnosimy uwag i zastrzeżeń.
5. W składanej ofercie uwzględnione zostały wszystkie wyjaśnienia i zmiany w ZAPYTANIU OFERTOWYM opublikowane przez Zamawiającego do terminu składania ofert.\*
6. Załączony do ZAPYTANIA OFERTOWEGO projekt umowy, w którym określono warunki realizacji zamówienia, został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na warunkach w nim zaproponowanych, po otrzymaniu informacji o wygranej w postępowaniu w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Upewniliśmy się, co do prawidłowości i kompletności naszej oferty i wynagrodzenia ryczałtowego. Deklarujemy, że wszystkie oświadczenia i informacje zamieszczone w ofercie   
   i załącznikach są aktualne i kompletne.
8. Wynagrodzenie ryczałtowe brutto w PLN zawiera należny podatek VAT oraz wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonania przedmiotu zamówienia, jakie poniesiemy   
   z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
9. Będziemy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
10. **Imię i nazwisko oraz funkcja osób(y)**,: która należy wpisać do umowy jako

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres | **Imię i nazwisko** | **Funkcja** |
| Osoba reprezentującą firmę  i podpisująca umowę |  |  |
| Osoba odpowiedzialna za realizacje umowy |  |  |

1. **Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej \*:**

Imię: ………………………………….Nazwisko: ……………………………….Stanowisko: ………………………

Zakres (\*):

* do reprezentowania w postępowaniu
* do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

1. **Oświadczamy, że**
2. **NIE UTAJNIAMY**\* żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
3. **UTAJNIAMY**\*\* informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa w zakresie:

* nazwa utajnionego dokumentu: ……………………………………………………….
  + zakres………………………………………………………………………………………
* nazwa utajnionego dokumentu: ……………………………………………………….
  + zakres ………………………………………………………………………………………

1. W związku z utajnieniem w/w dokumentów oświadczamy, że:

* wymienione wyżej informacje zostały w naszej firmie objęte ochrona jako nieujawnione, objęta tajemnicą przedsiębiorstwa,
* informacje te nie były nigdzie jawnie publikowane, nie stanowiły one części materiałów promocyjnych i podobnych, ani nie zapoznawano z nimi innych jednostek gospodarczych i administracyjnych w trybie jawnym,
* zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,
* informacje te nie wchodzą w zakres informacji składanych w rejestrach sądowych przez spółki i przedsiębiorstwa, nawet jeśli nasza jednostka nie jest zobowiązana do składania takich dokumentów w sądach rejestrowych.

(\*\*) niewłaściwe skreślić

miejscowość, data …………………………………………

……………………………………………………………………………………

podpis Wykonawcy/podpis osoby   
uprawnionej/upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załączniki do oferty:

1. …………………………………………..