**Załącznik Nr 1 do SWZ – Oferta Wykonawcy - Modyfikacja**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ……………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby Wykonawcy: …............................................................................................................

Kod: ……………Miasto: ……………………………Województwo: …………………………………Kraj: ………………………………

Adres do korespondencji (*wypełnić, jeżeli jest inny niż adres siedziby*): ………………………………………………………………………………………………………

nr NIP:................................................... nr REGON: …. …………………………………...

nr telefonu ...................................................; nr faksu..................................................

Adres e-mail Wykonawcy...................................................

*Nr KRS/CEiDG\** ..................................................

*\*****Zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych dokument dotyczący Wykonawcy, w przypadku w którym Wykonawca nie dołączy tego dokumentu do oferty.***

dane osoby upoważnionej do kontaktowania się z Zamawiającym:.....................................................................

Adres e-mail, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję: …………………………………………………………………

**OFERTA WYKONAWCY**

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach i zasadach określonych w SWZ zgodnie z następującą ceną:

* + 1. Specyfikacja cenowa:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis** | **Ilość** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa netto (zł/ opakowanie)** | **Łączna wartość netto** | **Stawka i kwota podatku VAT** | **Łączna wartość brutto** |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE** | | | | | | | | |
| 1. | Kuwety kompatybilne z analizatorem do pomiaru poziomu hemoglobiny HemoCue 201  Nazwa: …………... | 100.000 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| Krew kontrolna do kontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny  Poziom L, N, H  Nazwa: …………... | 180 opakowań  (po 60 opakowań na każdym poziomie) |  |  |  |  |  |  |
| Materiały eksploatacyjne (czyściki) | 120 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kuwety kompatybilne z analizatorem do pomiaru poziomu hemoglobiny HemoCue Plasma/low Hb  Nazwa: …………... | 900 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| Krew kontrolna do kontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny  Nazwa: …………... | 18 opakowań  (po 6 opakowań na każdym poziomie) |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE | | | | | |  |  |  |
|  | **PRAWO OPCJI 20%** | | | | | | | |
| 1 | Kuwety kompatybilne z analizatorem do pomiaru poziomu hemoglobiny HemoCue 201  Nazwa: …………... | 20.000 sztuk |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM PRAWO OPCJI | | | | | |  |  |  |
| **WARTOŚĆ NETTO I BRUTTO OFERTY**  **(suma pozycji „razem zamówienie podstawowe” i „razem prawo opcji”** | | | | | |  |  |  |

*Cena oferty winna zawierać ostateczną, sumaryczną cenę obejmującą wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem między innymi: opłat i podatków, kosztów transportu, montażu, instalacji itp.*

1. **OŚWIADCZENIA DO UZYSKANIA PUNKTÓW W POZACENOWYCH KRYTERIACH OCENY OFERT:**

Oświadczamy, że:

* **termin ważności kuwet do HemoCue Hb201 wynosi ……………… mies**.
* **termin realizacji zamówień cząstkowych wynosi ……………… dni roboczych** od złożenia zamówienia.

1. Oświadczamy, że:
2. akceptujemy termin realizacji przedmiotu umowy
3. zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
4. jesteśmy związani niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania oferty w okresie wskazanym w SWZ.
5. w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy;
6. wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu
7. **przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w SWZ, zgodnie z *Opisem Przedmiotu Zamówienia – załącznik nr 5 do SWZ.***
8. Oświadczamy, że przedmiot zamówieniazamierzamy wykonać **samodzielnie\* – przy udziale podwykonawców\***

*(\*niepotrzebne skreślić)*

*Wypełnić poniższą tabelę w przypadku wykonania zamówienia przez podwykonawców.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Część zamówienia, których wykonanie Wykonawca**  **zamierza powierzyć podwykonawcom** |
|  |  |
| **Lp.** | **Nazwy ewentualnych podwykonawców, jeżeli są już znani** |
|  |  |

Powierzenie wykonania części zamówienia podwykonawcom nie zwalnia Wykonawcy   
z odpowiedzialności za należyte wykonanie tego zamówienia.

1. Czy Wykonawca jest:

mikroprzedsiębiorstwem

małym przedsiębiorcą

średnim przedsiębiorcą

jednoosobowa działalność gospodarcza

osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej

inny rodzaj: …………………………

(zaznaczyć właściwe)

Zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro;

Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą;

Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro

- i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.

1. Czy Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej

Tak

Nie

(właściwe zaznaczyć)

1. Czy Wykonawca pochodzi z innego państwa niebędącego członkiem Unii Europejskiej

Tak

Nie

(właściwe zaznaczyć)

1. Czy wybór oferty będzie prowadził do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego TAK/NIE (Niepotrzebne skreślić lub wpisać TAK lub NIE)

Jeżeli Wykonawca wskaże TAK (powstanie obowiązek podatkowy u Zamawiającego), Wykonawca wskazuje rodzaj towaru/usługi, której ten obowiązek dotyczy ……………………………. (nazwa towaru/usługi).

Cena netto (bez VAT) ……………. (Uwaga! Dotyczy tylko dostaw/usług, dla których obowiązek podatkowy przechodzi na Zamawiającego).

9. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

- ………………………………………………………….

- ………………………………………………………….

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

**Załącznik Nr 5 do SWZ-Modyfikacja**

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Bydgoszczy

ul. Ks. Ryszarda Markwarta 8; 85-015 Bydgoszcz

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:   
NIP/ PESEL, KRS/ CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentacji)*

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest: dostawa kuwet, krwi kontrolnej, akcesoriów do czyszczenia i konserwacji – do posiadanych przez RCKiK analizatorów służących do pomiaru poziomu hemoglobiny HemoCue Hb 201 oraz HemoCue Plasma/low Hb..

1. **Wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia (zakres podstawowy):**
2. Kuwety do ilościowego pomiaru poziomu hemoglobiny w ilości **100 000** sztuk:
3. Kuwety kompatybilne z analizatorem do pomiaru poziomu hemoglobiny **HemoCue Hb 201**
4. Opakowanie jednostkowe zwierające nie więcej niż **50** sztuk kuwet
5. Numer serii kuwet w formie kodu kreskowego umieszczonego na opakowaniu jednostkowym
6. Krew kontrolna do **HemoCue Hb 201** dokontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny w łącznej ilości **180** opakowań (po **60** opakowań na każdym poziomie):
7. Trzy zakresy pomiarowe: niski, normalny i wysoki,
8. Objętość krwi kontrolnej w opakowaniu jednostkowym (fiolce) – 1-2mL dla każdego zakresu pomiarowego,
9. Numer serii i dane krwi kontrolnej w formie kodu kreskowego dołączone do każdej fiolki
10. Kuwety do ilościowego pomiaru poziomu hemoglobiny w ilości **900** sztuk:
11. Kuwety kompatybilne z analizatorem do pomiaru poziomu hemoglobiny **HemoCue Plasma/low Hb**
12. Opakowanie jednostkowe zwierające nie więcej niż **25** sztuk kuwet
13. Numer serii kuwet w formie kodu kreskowego umieszczonego na opakowaniu jednostkowym
14. Krew kontrolna do **Plasma/Low Hb** do kontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny w łącznej ilości **18** opakowań (po **6** opakowań na każdym poziomie):
    1. Trzy zakresy pomiarowe: niski, normalny i wysoki,
    2. Objętość krwi kontrolnej w opakowaniu jednostkowym (fiolce) – **1 mL** dla każdego zakresu pomiarowego,
    3. Numer serii i dane krwi kontrolnej w formie kodu kreskowego dołączone do każdej fiolki
15. Akcesoria do czyszczenia i konserwacji analizatorów do pomiaru stężenia hemoglobiny HemoCue 201 w ilości 120 sztuk.
16. Na każdym opakowaniu jednostkowym powinna znajdować się wyraźna etykieta z nazwą produktu, datą ważności, numerem serii i warunkami przechowywania.
17. Opakowanie firmowe z nazwą producenta, nazwa produktu, ilością oraz informacjami jak w pkt. 6 powinno zabezpieczać przed uszkodzeniami.
18. Wraz z pierwszą dostawą zostaną dostarczone dokumenty potwierdzające dopuszczenie przedmiotu zamówienia do obrotu na terenie Polski, zgodnie z aktualną ustawą o wyrobach medycznych
19. Oferta musi być kompletna. Nieuwzględnienie, chociażby jednej z zamawianych pozycji asortymentowych w ramach zadania spowoduje odrzucenie oferty na to zadanie.
20. PRAWO OPCJI: Zamawiający przewiduje zgodnie z art. 441 ust.1 Pzp możliwość skorzystania z prawa opcji tzn. dodatkowych dostaw mikrokuwet do HemoCue Hb201 w ilości do 20% zamówienia podstawowego.
21. **Warunki dostawy**

W ramach dostawy Wykonawca zobowiązany będzie do:

1. dostarczenia przedmiotu zamówienia opakowanego i oznakowanego zgodnie z odpowiednimi przepisami z zachowaniem właściwych dla dostarczanego towaru warunków transportu i przechowywania,
2. dostarczenia towaru oznakowanego w języku polskim (wraz z pierwszą dostawą Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć instrukcje używania w języku polskim),
3. dostarczenia **tylko jednej serii kuwet i krwi kontrolnej podczas każdej dostawy**
4. dostarczenia przedmiotu zamówienia z terminem ważności:

* nie krótszym niż 12 miesięcy od daty dostawy – dotyczy mikrokuwet do analizatora HemoCue Hb201
* nie krótszym niż 6 miesięcy od daty - dostawy dotyczy mikrokuwet do analizatora HemoCue Plasma/low Hb
* nie krótszym niż 9 miesięcy od daty dostawy – dotyczy krwi kontrolnej i akcesoriów do czyszczenia.

1. dostarczenia certyfikatu kontroli jakości każdej serii w języku polskim lub angielskim.
2. **Osoba odpowiedzialna za przedmiot zamówienia:**
   * + 1. Ze strony Zamawiającego: mgr inż. Kamila Urbańska, mgr Mirosława Dobrowolna – 52 322 18 17 – 74
       2. ze strony Wykonawcy: Imię i nazwisko………………, tel. ………………………………….. e-mail: ………………………………………………..

**Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z OPZ i zobowiązujemy się na swój koszt dostarczyć przedmiot zamówienia zgodnie z powyższymi wymaganiami.**

*Dokument należy podpisać elektronicznie zgodnie z wymaganiami SWZ*

1. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)