**Załącznik nr 1A Wykaz przedmiotu zamówienia** - ogólny opis przedmiotu zamówienia

**PAKIET nr 1**

**Przedmiot zamówienia stanowi:**

1. Zakup i dostawę odczynników oraz materiałów eksploatacyjnych do wykonania 3100 testów identyfikacyjnych drobnoustrojów i 3000 testów lekowrażliwości dla bakterii Gram dodatnich i Gram ujemnych określonych w tabeli nr 1 wraz z dzierżawą analizatora szczegółowo opisanego w tabeli nr 2 wymaganego sprzętu dodatkowego na czas obowiązywania umowy tj. 24 miesięcy
2. Dzierżawę aparatu
3. Pełną gwarancję eksploatacyjną oraz przeglądy gwarancyjne aparatów według zaleceń Producenta, ale nie rzadziej niż dwa razy na 12 miesięcy przez okres obowiązywania umowy

Wymagania dotyczące oferowanych odczynników:

1. Muszą spełniać wymagania normy EN ISO 13485 lub równoważną ( certyfikaty wydane przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność)
2. Są dopuszczone do obrotu zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Tabela nr 1 Opis przedmiotu zamówienia

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia****Ilość analiz/24 miesięcy** |  **Opis przedmiotu zamówienia** |
| Odczynniki wymagane do wykonania  | 1. Testy do identyfikacji istotnych klinicznie występujących u ludzi tlenowych i względnie beztlenowych drobnoustrojów Gram dodatnich– **1080**1,2
2. Testy do identyfikacji istotnych klinicznie występujących u ludzi drobnoustrojów Gram ujemnych **1920**1,2
3. Testy do oznaczenia wrażliwości drobnoustrojów Gram dodatnich **1080**1,2
4. Testy do oznaczenia wrażliwości pałeczek Gram ujemnych izolowanych z moczu lub płynu ustrojowego– **1920**1,2
5. Testy do identyfikacji istotnych gatunków grzybów drożdżopodobnych- **100**
 |

1. Dopuszcza się wykonanie testu łączonego zarówno do identyfikacji i do lekowrażliwości drobnoustroju w punkcie nr 1 lub punkcie nr 2,

wówczas oszacować ofertę dla punktu nr 1 lub dla punktu nr 2 i pominąć punkt nr 3 lub punkt nr 4, a test zarówno do identyfikacji i do lekowrażliwości drobnoustrojów Gram dodatnich lub Gram ujemnych wycenić łącznie jako jeden test.

**2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru asortymentu w ramach łącznej zamawianej ilości dotyczy punktu nr: 1, 2, 3 i 4.**

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania oraz uwzględnić trwałość odczynników po otwarciu.

**Tabela nr 2 Tabela asortymentowo – cenowa.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania / ilość miesięcy** | ***Cena jednostkowa netto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc*** | **Wartość****netto****(a x b = c)** | **Podatek****VAT****(w %)** | **Wartość brutto****(d)** |
| 1.. | Odczynniki. 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibratory4Wyszczególnić ilość wzorców do przeprowadzenia wymaganej kalibracji np. densytometru, jeżeli wymagany, na czas trwania umowy tj. 24 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Akcesoria i materiały eksploatacyjne5.Wyszczególnić i podać wielkości opakowania do wykonania wymaganej ilości testów  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dzierżawa analizatora – 1 sztukaWymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VAT(w %) | **Wartość brutto zamówieni****(ogółem)** |
|  … zł |  … zł |  …  **zł** |

3Wyszczególnić wszystkie odczynniki, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z wymaganiami SWZ z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu.

4.Wyszczególnić wszystkie materiały, które zapewnią wykonanie kalibracji.

5.Wyszczególnić wszystkie akcesoria i materiały eksploatacyjne w liczbie zapewniającej wykonanie zaplanowanej liczby badań zgodnie z wymaganiami SWZ.

1) kwota pakietu poz.1-3 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

 Słownie : ……………………………………………………………………………………………………

 Cena pakietu poz.1- 3 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

 Słownie : …………………………………………………………………………………………….…......

2) kwota dzierżawy poz. 4 za okres 1-go miesiąca ( bez VAT)................................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

 Cena dzierżawy poz.4 za okres 1-go miesiąca (z VAT)........................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

3) kwota dzierżawy poz.4 za okres 24 miesięcy (bez VAT)............................................ ………………….

 Słownie : .......................................................................................................................................................

 Cena dzierżawy poz. 4 za okres 24 miesięcy ( z VAT) ...........................................................................

 Słownie: ........................................................................................................................................................

4) kwota pakietu całkowita brutto (poz. 1- 4 ) ( bez VAT) ……………… ……………………………….…

 Słownie :………………………………………………………………………………………………..…..

 \* Cena pakietu całkowita ( poz. 1-4) ( z VAT) ……………………………………………………….…..

 Słownie : …………………………………………………………………………………….………….…

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę**

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty**

Aparat:

Producent / Firma/ Kraj: ......................................................................

Urządzenie /Typ: .............................................................................

Rok produkcji: ……………..

**Tabela nr 3 zestawienie parametrów wymaganych (granicznych)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane (graniczne)** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje** **Pozycje zaznaczone „xxx..” wykonawca** **nie wypełnia, tylko potwierdzi pod tabelą** **spełnienie wymagań podanych** **w niniejszej tabeli.** |
| **1.** | Analizator mikrobiologiczny, najnowszy technologicznie, do wykonania testów identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów.Analizator wyprodukowany nie wcześniej niż w 2019 r. | **Tak** | **XXX** |
| **2.** | System zaoferowany kompletny zawiera: komputer z monitorem/tabletem z oprogramowaniem, z drukarką z zapewnieniem tonerów na czas trwania umowy, UPS, czytnik kodów kreskowych i inny wymagany procedurą sprzęt | **Tak** | **XXX** |
| **3.** | Instrukcja obsługi analizatora zgodna z oferowanym analizatorem.Instrukcja z numerem wersji, datą aktualizacji i symbolem modelu oferowanego analizatora. Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **Tak** | **XXX** |
| **4.** | Odczynniki gotowe do użycia. System działający bez dodatkowych odczynników Użytkownika, inwestycji oraz nakładów finansowych ze strony Użytkownika | **Tak** | **XXX** |
| **5.** | Analizator, najnowszy technologicznie, analizator bez odczynników dodawanych do testów na pokładzie | **Tak** | **XXX**  |
| **6.** | Liczba stacji inkubacyjno - pomiarowych w analizatorze od 30 do 60 stacji | **Tak** | **XXX** |
| **7.** | Analizator z wbudowanym oprogramowaniem i z regułami eksperckimi opartymi o aktualne obowiązujące zalecenia EUCAST ( EUCAST - Europejski Komitet ds. Oznaczania Lekowrażliwości) z obowiązkiem bieżącej aktualizacji reguł.Numer wersji oprogramowania. Oprogramowanie analizatora w języku polskim.Reguły eksperckie z numerem wersji EUCAST i datą aktualizacji | **Tak** | **XXX** |
| **8.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości wykrywające mechanizmy:1. metycylinooporności u Staphylococcus spp.
2. oporności typu MLS (oporność na makrolidy linkosamidy streptograminy)
3. oporności na glikopeptydy Enterococcus spp, Staphylococcus spp.
4. oporności na gentamicine Enterococcus spp.
 | **Tak** | **XXX** |
| **9.** | Testy do oznaczania lekowrażliwosci wykrywające mechanizmy:1. typu ESBL (poszerzone spektrum beta – laktamaz)
2. oporności na karbapenemy u pałeczek z rodziny Enterobacterales
3. oporności na karbapenemy u pałeczek niefermentujących
 | **Tak** | **XXX** |
| **10.** | Wynik testu lekowrażliwości przedstawiony w postaci wartości MIC i zinterpretowany przez system reguł ekspercki analizatora. Reguł zgodnymi z aktualnymi obowiązującymi zaleceniami EUCAST  | **Tak** | **XXX** |
| **11.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości bakterii Gram dodatnich i Gram ujemnych, zgodne co do składu leków i ich stężeń, dla szczepów klinicznych i szczepów wzorcowych, zgodne z aktualnie obowiązującymi zaleceniami EUCAST | **Tak** | **XXX** |
| **12.** | Testy do identyfikacji i/ lub do oznaczenia lekowrażliwości z naklejonym przez Producenta kodem kreskowym  | **Tak** | **XXX** |
| **13.** | Testy do identyfikacji i/ lub do oznaczenia lekowrażliwości zapewniające bezpieczeństwo pracy Użytkownika i środowiska. Testy szczelne po napełnieniu. | **Tak** | **XXX** |
| **14.** | Inokulacja zawiesiny patogenu do testu wykonana NIE manualnie, tj. przy pomocy pipety jednokanałowej/wielokanałowej dozującej wymaganą ilości zawiesiny do każdej celki testu | **Tak** | **XXX** |
| **15.** | Przechowywanie testów, odczynników w temp pokojowej. W przypadku wymogu przechowywania w temp. +2 - + 8 ⁰C dostarczyć chłodziarkę medyczną, wysokości zewnętrzna chłodziarki w zakresie od 80 do 190cm.  | **Tak** | **Podać ………….****(w przypadku wymogu)****model chłodziarki medycznej** |
| **16.** | Możliwość archiwizacji wykonanych testów na nośniku pamięci | **Tak** | **XXX** |
| **17.** | Baza taksonomiczna drobnoustrojów analizatora identyfikująca istotne klinicznie występujące u ludzi tlenowe i względnie beztlenowe bakterie Gram dodatnie, bakterie Gram ujemne oraz grzyby drożdżopodobne. Nie jest wymagana identyfikacja Neisseria spp., Haemophilus spp, Corynebacterium spp. oraz beztlenowców | **Tak** | **XXX** |
| **18.** | Analizator z oprogramowaniem z obowiązkową aktualizacją zmian taksonomicznych drobnoustrojów zgodnie aktualnymi zaleceniami EUCAST | **Tak** | **XXX** |
| **19.** | Termin ważności odczynników minimum 5 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego | **Tak** | **XXX** |
| **20.** | System zabezpieczający oraz zapisujący dane inkubowanych testów w analizatorze w przypadku awarii sieci energetycznej lub spadku napięcia i jednoczesne pozwalający na kontynuowanie wykonywanych badań po awarii | **Tak** | **XXX** |
| **21.** | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego systemu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego Eskulap, firmy Nexus, w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między analizatorem a LIS, dwukierunkowy interfejs. Podłączenie należ dokonać w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji aparatu. | **Tak** | **XXX** |
| **22.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości bakterii Gram dodatnich | **Tak** | **XXX** |
| **23.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości bakterii Gram ujemnych | **Tak** | **XXX** |
| **24.** | Zakres temperatury w pomieszczeniu pracy analizatora od 18˚C do 30˚C | **Tak** | **XXX** |
| **25.** | Powtarzające się awarie zespołu/podzespołu/modułu systemu analizatora w okresie 3 kolejnych miesięcy, skutkować będą wymianą analizatora na nowy o identycznych parametrach jak zaoferowany, na koszt Wykonawcy wraz z pokryciem wszystkich kosztów | **Tak** | **XXX** |
| **26.** | Czas przystąpienia do naprawy do 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii drogą mailową/telefoniczną, 7 dni w tygodniu. Świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta  | **Tak** | **XXX** |
| **27.** | Autoryzowany serwis techniczny i aplikacyjny | **Tak** | **XXX** |
| **28.** | Usunięcie awarii w czasie do 5 dni roboczych od zgłoszenia drogą mailową /telefoniczną | **Tak** | **XXX** |
| **29.** | Pełna gwarancja eksploatacyjna oraz przeglądy gwarancyjne analizatora i dodatkowego sprzętu według zaleceń Producenta, ale nie rzadziej niż dwa razy na 12 miesięcy przez okres obowiązywania umowy  | **Tak** | **XXX** |
| **30.** | W przypadku awarii analizatora, sprzętu dodatkowego, trwającej powyżej 5 dni roboczych, dostarczenie na czas naprawy analizatora, sprzętu dodatkowego zastępczego tego samego typu, bez dodatkowego wezwania Wykonawcy | **Tak** | **XXX** |
| **31.** | Bezpłatne przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi analizatora i sprzętu dodatkowego w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji analizatora | **Tak** | **XXX** |
| **32.** | Dostawa kompletnego analizatora i sprzętu dodatkowego wraz z ich instalacją w terminie do 4 tygodni od daty podpisania umowy | **Tak** | **XXX** |
| **33.** | Szerokość analizatora do 100 cm | **Tak** | **Podać……………………….** **wymiar szerokości aparatu**  |
| **34.** | Oryginalne odczynniki Producenta, nie zamienniki | **Tak** | **XXX** |
| **35.** | Zdalny serwis, świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta | **Tak** | **XXX** |
| **36.** | Utylizacja, po stronie Wykonawcy, odpadów po odczynnikach chemicznych o kodzie 18 01 06 i 18 01 07, sklasyfikowanych wg. Europejskiego Katalogu Odpadów, jeżeli takie odczynniki zaoferowano | **Tak** | **XXX** |
| **37.** | Waga analizatora <200kg/m2 | **Tak**  | **………..……podać** |
| **38.** | Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak**  | **XXX** |
| **39.** | Wszystkie prace związane z podłączeniem aparatu do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | **Tak**  | **……………….. podać media** |
| **40.** | UPS do podtrzymania całego systemu na minimum 15min.Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak**  | **………………podać** |
| **41.** | Stacja robocza~~:~~  1 sztukaprocesor: min. 6-rdzeniowy, min częst. 3,0 GHzpamięć RAM: min. 8 GBdysk twardy: SSD min. 250 GBDVD-RW +/- RWkarta graficzna zintegrowana z procesorem, karta sieciowa: 10/100/1000 Ethernet RJ-45karta wifi,bluetooth,obudowa: Small Form Factoryporty i złącza: min. 8 portów USB w tym min. 2 porty USB 3.0,porty video: min. HDMIporty audio: wyj. słuch. i wej. mikrofonowe - z przodu obudowy jak i z tyłu klawiatura USBmysz laserowa USBoprogramowanie:  system operacyjny stacji roboczej oraz pakiet biurowy kompatybilny z systemami szpitalnymi w wersji PL | **Tak** | **XXX** |
| **42.** | Monitor:  min. 21,5 cali,rozdzielczość FullHD 1920 x 1080px, HDMI x1, DisplayPort x1, z głośnikami, matryca IPS. | **Tak** | **XXX** |
| **43.** | Drukarka: Laserowa, monochromatyczna, druk dwustronny na papierze A4/A5, min 20-25 str/min, | **Tak** | **XXX** |
| **44.** | Czytnik kodów kreskowych: portu USB, czytający kod 39/128, programowalny suffix i prefix | **Tak** | **XXX** |
| **45.** | Kabel transmisyjny: kabel pomiędzy aparatem laboratoryjnym a komputerem | **Tak** | **XXX** |
| **46.** | Oprogramowanie: kompatybilny z systemami szpitalnymi w wersji PL  | **Tak** | **XXX** |
| **47.** | Do dnia zawarcia umowy Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Kierownikowi Pracowni Mikrobiologicznej na adres mail:alos@skp.ump.edu.pl dokumenty:* 1. wykaz odczynników posiadających Kartę Substancji Niebezpiecznej, jeżeli oferowane odczynniki takie substancje zawierają. W przypadku gdy odczynnik nie jest skwalifikowany do grupy odczynników niebezpiecznych, Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia, że odczynnik nie jest skwalifikowany jako substancja niebezpieczna
	2. dane do pobrania Karty Substancji Niebezpiecznych odczynników ze strony Producenta
	3. dane do kontaktu z osobami odpowiedzialnymi za realizację umowy: imię i nazwisko, nr telefonu i adres e-mail
	4. kwestionariusz reklamacyjny(wzór)
 | **Tak** | **XXX** |
| **KRYTERIA JAKOŚCIOWE** |
| **48.** | Identyfikacja przy pomocy oferowanych testów oporności na karbapenemy wg. klasyfikacji Amblera dla *Pałeczek niefermentujących i Enterobacterales* | **Tak/ Nie** | Tak – 20 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |
| **49.** | Testy z nowymi lekami: ceftazydym ~~/~~z awibaktam, meropenem z waborbaktam ze stężeniami zgodnymi z aktualną wersją EUCST  | **Tak/ Nie** | Tak – 20 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp.**

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Zakres zamówienia obejmuje: dostawę (zakup) oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, określone w SWZ, wymienione w tabeli nr 3**

**Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest/są :………………………..… (imię, nazwisko, telefon, e-mail)**

**Załącznik nr 1B Wykaz przedmiotu zamówienia** - ogólny opis przedmiotu zamówienia

**PAKIET nr 2**

**Przedmiot zamówienia obejmuje:**

1. Zakup i dostawę odczynników, części eksploatacyjnych do wykonania **16.000** badań, wraz z dzierżawą aparatów do monitorowania i hodowli drobnoustrojów z krwi w podłożach płynnych określonych w tabeli nr 1 na czas trwania umowy tj. okres 24 miesięcy.

2.Dzierżawę aparatów:

* aparat główny - nr 1 - lokalizacja: budynek Klinika Psychiatrii, Pracownia Mikrobiologii, minimalna pojemność aparatu 200 miejsc pomiarowych
* aparat satelitarny - nr 2 – lokalizacja: budynek główny Szpitala, Centralne Laboratorium, pomieszczenie nr 131b, minimalna pojemność aparatu 80 miejsc pomiarowych
1. Pełną gwarancję eksploatacyjną oraz przeglądy gwarancyjne aparatów według zaleceń Producenta, ale nie rzadziej niż dwa razy na 12 miesięcy przez okres obowiązywania umowy

Wymagania dotyczące oferowanych odczynników:

1. Muszą spełniać wymagania normy EN ISO 13485 lub równoważną ( certyfikaty wydane przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność)
2. Są dopuszczone do obrotu zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

**Tabela nr 1: Tabela nr 1 asortymentowo – cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania / ilość miesięcy**  | ***Cena jednostkowa netto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc*** | **Wartość** **netto** **(a x b = c)** | **Podatek****VAT****(w %)** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Butelki z podłożem płynnym do hodowli:- bakterii tlenowych- bakterii beztlenowych - grzybów drożdzopodobnych - od pacjentów dorosłych - od pacjentów pediatrycznych- podłoża **z** czynnikiem neutralizującym antybiotyk Wymienić proponowane butelki1 |  | 16.000 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibratory2Wyszczególnić: np. przyrząd do pomiaru temperatury |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Akcesoria i materiały eksploatacyjne3.Wyszczególnić i podać wielkość opakowania:-sprzęt do przesiewu dodatnich hodowli w liczbie 2400 z podaniem wielkości opakowania, na czas trwania umowy tj. 24 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dzierżawa - aparat główny nr 1 – 1 sztukawymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
| 5. | Dzierżawa -aparat satelitarny nr 2 – 1 sztuka wymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VAT(w %) | **Wartość brutto zamówieni****(ogółem)** |
|  … zł |  … zł |  …  **zł** |

1**dotyczy tabeli nr 1: ad. 1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru asortymentu w ramach łącznej zamawianej ilości.**

**Do kalkulacji podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania oraz uwzględnić trwałość odczynników po otwarciu**

Wyszczególnić wszystkie odczynniki, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z wymaganiami SWZ, z uwzględnieniem trwałości odczynnika.

2.Wyszczególnić wszystkie materiały, które zapewnią wykonanie kalibracji.

3.Wyszczególnić wszystkie akcesoria i materiały eksploatacyjne w liczbie zapewniającej wykonanie zaplanowanej liczby badań zgodnie z wymaganiami SWZ, z uwzględnieniem trwałości odczynnika po otwarciu

1) Cena pakietu poz.1- 3 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

 Słownie : ……………………………………………………………………………………………………

 Cena pakietu poz.1- 3 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

 Słownie : …………………………………………………………………………………………….…......

2) Cena dzierżawy poz. 4 za okres 1-go miesiąca ( bez VAT)................................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

 Cena dzierżawy poz.4 za okres 1-go miesiąca (z VAT)........................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

3)Cena dzierżawy poz. 5 za okres 24 miesięcy (bez VAT)............................................ ………………….

 Słownie : .......................................................................................................................................................

 Cena dzierżawy poz. 5 za okres 24 miesięcy ( z VAT) ...........................................................................

 Słownie: ........................................................................................................................................................

4) Cena pakietu całkowita brutto (poz. 1-5 ) ( bez VAT) ……………… ……………………………….…

 Słownie :………………………………………………………………………………………………..…..

 Cena pakietu całkowita ( poz. 1-5) ( z VAT) ……………………………………………………….…..

 Słownie : …………………………………………………………………………………….………….…

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę.**

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty. Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

|  |  |
| --- | --- |
| Aparat nr 1Producent / Firma/ Kraj: ...................................................................... Urządzenie /Typ: ................................................................................ Rok produkcji: ………………………………………………………**Tabela nr 2 : Zestawienie parametrów wymaganych/granicznych**  | Aparat nr 2 Producent / Firma/ Kraj: ...................................................................... Urządzenie /Typ: ................................................................................ Rok produkcji: ……………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane (graniczne)** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje** **Pozycje zaznaczone „xxx..” wykonawca** **nie wypełnia, tylko potwierdzi pod tabelą** **spełnienie wymagań podanych** **w niniejszej tabeli.** |
| 1. | Stacja robocza~~:~~  2 sztukiprocesor: min. 6-rdzeniowy, min częst. 3,0 GHzpamięć RAM: min. 8 GBdysk twardy: SSD min. 250 GBDVD-RW +/- RWkarta graficzna zintegrowana z procesorem, karta sieciowa: 10/100/1000 Ethernet RJ-45karta wifi,bluetooth,obudowa: Small Form Factoryporty i złącza: min. 8 portów USB w tym min. 2 porty USB 3.0,porty video: min. HDMIporty audio: wyj. słuch. i wej. mikrofonowe - z przodu obudowy jak i z tyłu klawiatura USBmysz laserowa USBoprogramowanie: oprogramowanie: system operacyjny stacji roboczej oraz pakiet biurowy kompatybilny z systemami szpitalnymi w wersji PL  | Tak | XXX |
| 2. | **Monitor:**  min. 21,5 cali,rozdzielczość FullHD 1920 x 1080px, HDMI x1, DisplayPort x1, z głośnikami, matryca IPS. | Tak | XXX |
| 3. | **Drukarka:**Laserowa, monochromatyczna, druk dwustronny na papierze A4/A5, min 20-25 str/min, | Tak | XXX |
| 4. | **Czytnik kodów kreskowych:**portu USB, czytający kod 39/128, programowalny suffix i prefix | Tak | XXX |
| 5. | **Kabel transmisyjny:**kabel pomiędzy aparatem laboratoryjnym a komputerem | Tak | XXX |
| 6. | **Oprogramowanie:**kompatybilny z systemami szpitalnymi w wersji PL  | Tak | XXX |
| 7. | Do dnia zawarcia umowy Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć Kierownikowi Pracowni Mikrobiologicznej na adres mail:alos@skp.ump.edu.pl dokumenty:a. wykaz odczynników posiadających Kartę Substancji Niebezpiecznej, jeżeli oferowane odczynniki takie substancje zawierają. W przypadku gdy odczynnik nie jest skwalifikowany do grupy odczynników niebezpiecznych, Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia, że odczynnik nie jest skwalifikowany jako substancja niebezpiecznab. dane do pobrania Karty Substancji Niebezpiecznych odczynników ze strony Producenta c. dane do kontaktu z osobami odpowiedzialnymi za realizację umowy: imię i nazwisko, nr telefonu i adres e-maild. kwestionariusz reklamacyjny – (wzór) | Tak | XXX |
| **Aparat główny nr 1 - lokalizacja Pracownia Mikrobiologii** |
| 8. | Aparat najnowszy technologicznie do ciągłego monitorowania i hodowli krwi w podłożach płynnych z minimalną liczbą 200 miejsc pomiarowych Aparat wyprodukowany nie wcześniej niż w 2019 r. | Tak | XXX |
| 9. | Pełna gwarancja eksploatacyjna oraz przeglądy gwarancyjne aparatu według zaleceń Producenta, ale nie rzadziej niż dwa razy na 12 miesięcy przez okres obowiązywania umowy | Tak | XXX |
| 10. | Butelki z podłożem hodowlanym z neutralizatorem środków przeciwdrobnoustrojowych do wykrywania bakterii tlenowych, beztlenowych i grzybów drożdżopodobnych z krwi od pacjentów pediatrycznych i pacjentów dorosłych  | Tak | XXX |
| 11. | Możliwość podglądu w aparacie krzywej wzrostu | Tak | XXX |
| 12. | Butelki z podłożem hodowlanym wykonane z materiału nietłukącego, innego niż szkło | Tak | XXX |
| 13. | Termin ważności wszystkich dostarczonych odczynników minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego | Tak | XXX |
| 14. | Przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi aparatu w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji aparatu | Tak | XXX |
| 15. | System zabezpieczający oraz zapisujący dane o butelkach w aparacie w przypadku awarii sieci energetycznej lub spadku napięcia i pozwalający na kontynuowanie wykonywanych badań po awarii | Tak | XXX |
| 16. | Dostawa kompletnego aparatu wraz z jego instrukcją w terminie do 4 tygodni od daty podpisania umowy | Tak | XXX |
| 17. | Przechowywanie butelek w temperaturze pokojowej | Tak | XXX |
| 18. | Czas przystąpienia do naprawy 24 godziny, od momentu zgłoszenia awarii drogą mailową/telefoniczną, 7 dni w tygodniu. Świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta | Tak | XXX |
| 19. | Usunięcie awarii w czasie do 5 dni roboczych od zgłoszenia telefonicznego/drogą mailową  | Tak | XXX |
| 20. | Powtarzające się awarie zespołu/podzespołu/modułu systemu aparatów w okresie 3 kolejnych miesięcy, będzie skutkować wymianą aparatu na nowy o identycznych parametrach jak zaoferowany, na koszt Wykonawcy wraz z pokryciem wszystkich kosztów | Tak | XXX |
| 21. | Możliwość archiwizacji danych z aparatu na nośniku pamięci | Tak | XXX |
| 22. | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego aparatu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego, Eskulap, firmy Nexus w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między aparatami a systemem, dwukierunkowy interfejs. Podłączenie należ dokonać w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji aparatu.  | Tak | XXX |
| 23. | Umieszczenie butelki w celi pomiarowej bez dodatkowego sprzętu wymaganego do butelki | Tak | XXX |
| 24. | Łatwo odklejany fragment kodu kreskowego z kodu kreskowego etykiety butelki, który identyfikuje butelkę. Kod kreskowy dwudzielny | Tak | **XXX**  |
| 25. | Szufladowa budowa aparatu  | Tak | XXX |
| 26. | Podłoże z dodatniej hodowli nie interferuje podczas barwienia | Tak |  |
| 27. | Posiadanie zwalidowanej, zgodnej z EUCAST, procedury wykonania lekowrażliwości bezpośrednio z dodatniej hodowli krwi oferowanych podłoży | Tak | XXX |
| 28. | Możliwość wyłączenia pojedynczej stacji w razie awarii stacji pomiarowo- inkubacyjnej w aparacie | Tak | XXX |
| 29. | Sygnalizacja wizualna i dźwiękowa dodatniej hodowli oraz generowanie raportu z dodatniej hodowli wraz z prezentacją krzywej wzrostu | Tak | XXX |
| 30. | Aparat kompletny we wszystkie elementy przewidziane procedurą diagnostyczną: komputer z monitorem /tabletem z oprogramowaniem, z drukarką, z zapewnieniem tonerów na czas trwania umowy, czytnikiem kodów kreskowych, UPS, przyrządu do pomiaru temperatury wewnątrz aparatu (jeżeli wymagany) i innych wymaganych procedurą | Tak | XXX |
| 31. | Jeden producent aparatu i butelek do hodowli | Tak | XXX |
| 32. | Podłoża bez węgla drzewnego | Tak | XXX |
| 33. | Butelki kompatybilne do aparatu głównego i aparatu satelitarnego | Tak | XXX |
| 34. | Możliwość zastosowania różnego czasu inkubacji dla pojedynczej butelki | Tak | XXX |
| 35. | Oryginalne odczynniki Producenta, nie zamienniki | Tak | XXX |
| 36. | Losowe umieszczanie butelek w aparacie | Tak | XXX |
| 37. | Szerokość aparatu nieprzekraczająca 80 cm | Tak | **podać…........................****wymiar szerokości aparatu**  |
| 38. | Wykonawca zobowiązuje się do sprzedaży wprowadzonych nowych butelek z podłożem, w czasie trwania umowy, w cenie identycznej do proponowanej w umowie | Tak | XXX |
| 39. | Autoryzowany serwis techniczny i aplikacyjny | Tak | XXX |
| 40. | W momencie uzyskania w aparacie dodatniej hodowli krwi, automatyczny przesył informacji o dodatniej hodowli do systemu LIS szpitala, do modułu lekarskiego LIS z możliwością odczytu informacji przez lekarza, bez konieczności ingerencji w systemie LIS na tym etapie pracownika laboratorium  | Tak | XXX |
| 41. | Wprowadzanie butelki za pomocą kodu kreskowego | Tak | XXX |
| 42. | Dostępna opcja blokady pojedynczej stacji pomiarowo – inkubacyjnej w aparacie | Tak | XXX |
| 43. | Możliwości umieszczania butelek anonimowych | Tak | XXX |
| 44. | Zdalny serwis, świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta | Tak | XXX |
| 45. | Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak** | XXX |
| 46. | Wszystkie prace związane z podłączeniem aparatu do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | **Tak** | **………….……podać media** |
| 47. | UPS do podtrzymania całego systemu na minimum 15 minutZasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak** | **….………………….. podać** |
| 48. | Zakres temperatury w pomieszczeniu pracy analizatora od 18˚C do 30˚C | Tak | XXX |
| 49. | Waga analizatora <200kg/m2 | **Tak** | **…...……….….………podać** |
| 50. | W przypadku awarii aparatu trwającej powyżej 5 dni roboczych, dostarczenie na czas naprawy, aparatu zastępczego tego samego typu co oferowanego w umowie, bez dodatkowego wezwania Wykonawcy | Tak | XXX |
| **Aparat satelitarny nr 2 – lokalizacja Centralne Laboratorium, pomieszczenie nr 131b**  |
| 51. | Aparat najnowszy technologicznie do ciągłego monitorowania i hodowli krwi z minimalną liczbą 80 miejsc pomiarowych. Aparat wyprodukowany nie wcześniej niż w 2019 r. | Tak | XXX |
| 52. | Pełna gwarancja eksploatacyjna oraz przeglądy gwarancyjne aparatu według zaleceń Producenta, ale nie rzadziej niż dwa razy na 12 miesięcy przez okres obowiązywania umowy  | Tak | XXX |
| 53. | Modułowa budowa aparatu zapewniająca możliwość rozbudowy | Tak | XXX |
| 54. | Oryginalne odczynniki Producenta, nie zamienniki | Tak | XXX |
| 55. | Łatwo odklejany fragment kodu kreskowego z kodu kreskowego etykiety butelki, który identyfikuje badaną butelkę. Kod kreskowy dwudzielny | Tak | **XXX** |
| 56. |  System zabezpieczający oraz zapisujący dane o próbach w aparacie w przypadku awarii sieci energetycznej lub spadku napięcia i pozwalający na kontynuowanie wykonywanych badań po awarii  | Tak | XXX |
| 57. | Sygnalizacja wizualna i dźwiękowa dodatniej hodowli oraz generowanie raportu z dodatniej hodowli wraz z prezentacją krzywej wzrostu  | Tak | XXX |
| 58. | Dostawa kompletnego aparatu wraz z jego instrukcją w terminie do 4 tygodni od daty podpisania umowy | Tak | XXX |
| 59. | Aparat kompletny: komputer z monitorem/tabletem z oprogramowaniem, z drukarką, z zapewnieniem tonerów na czas trwania umowy, czytnikiem kodów kreskowych, UPS, przyrządem do pomiaru temperatury wewnątrz aparatu (jeżeli wymagany) i innych wymaganych procedurą | Tak | XXX |
| 60. | Czas przystąpienia do naprawy 24 godzin od momentu zgłoszenia awarii drogą mailową/telefoniczną, 7 dni w tygodniu. Świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta  | Tak | XXX |
| 61. | Usunięcie awarii w czasie do 5 dni roboczych od zgłoszenia drogą mailową/ telefoniczną  | Tak | XXX |
| 62. | Butelki kompatybilne do aparatu głównego i aparatu satelitarnego | Tak | XXX |
| 63. | Szerokość aparatu nieprzekraczająca 70 cm | Tak | **Podać………………………****wymiar szerokości aparatu** |
| 64. | Losowe umieszczanie butelek w aparacie | Tak | XXX |
| 65. | Możliwość zastosowania różnego czasu inkubacji dla pojedynczej butelki | Tak | XXX |
| 66. | Podłoża bez węgla drzewnego | Tak | XXX |
| 67. | W przypadku awarii aparatu trwającej powyżej 5 dni roboczych, dostarczenie na czas naprawy, aparatu zastępczego, tego samego typu co oferowanego w umowie, bez dodatkowego wezwania Wykonawcy | Tak | XXX |
| 68. | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego aparatu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego, Eskulap, firmy Nexsus w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między aparatem a systemem, dwu kierunkowy interfej. Podłączenie należ dokonać w okresie do dwóch tygodni od daty instalacji aparatu | Tak | XXX |
| 69 | Autoryzowany serwis techniczny i aplikacyjny | Tak | XXX |
| 70. | W momencie uzyskania w aparacie dodatniej hodowli krwi, automatyczny przesył informacji o dodatniej hodowli do systemu LIS szpitala - do modułu lekarskiego LIS z możliwością odczytu przez lekarza, bez konieczności ingerencji w systemie LIS na tym etapie pracownika laboratorium  | Tak | XXX |
| 71. | Wprowadzanie butelki za pomocą kodu kreskowego | Tak | XXX |
| 72. | Dostępna opcja blokady pojedynczej stacji pomiarowo – inkubacyjnej w aparacie | Tak | XXX |
| 73. | Możliwości umieszczania w aparacie butelek anonimowych | Tak | XXX |
| 74. | Posiadanie zwalidowanej, zgodnej z EUCAST, procedury wykonania lekowrażliwości bezpośrednio z dodatniej hodowli | Tak | XXX |
| 75. | Zdalny serwis, świadczenie pomocy serwisowej zdalnej lub telefonicznej również w weekendy i święta | Tak | XXX |
| 76. | Przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi aparatu w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji aparatu | Tak | XXX |
| 77. | Zasilanie 230V (16A) wg PN | Tak | XXX |
| 78. | Wszystkie prace związane z podłączeniem aparatu do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | Tak | ***………………..*** podać media |
| 79. | UPS do podtrzymania całego systemu na minimum 15 minutZasilanie 230V (16A) wg PN | Tak | ***………………….*** podać |
| 80. | Zakres temperatury w pomieszczeniu pracy aparatu od 18˚C do 30˚C | Tak | XXX |
| 81. | Waga aparatu <200kg/m2 | Tak | ***…………………..***podać |
| 82. | Powtarzające się awarie zespołu/podzespołu/modułu systemu aparatów w okresie 3 kolejnych miesięcy, będzie skutkować wymianą aparatu na nowy o identycznych parametrach jak zaoferowany, na koszt Wykonawcy wraz z pokryciem wszystkich kosztów | Tak | XXX |
| 83. | Możliwość generowania raportu o butelkach umieszczonych w aparacie  | Tak | XXX |
| **KRYTERIA JAKOŚCIOWE** |
| 84. | System umożliwiający kontynuację hodowli butelki z aparatu satelitarnego umiejscowionego poza pracownią w aparacie głównym w Pracowni Mikrobiologii | Tak / Nie | Tak – 10 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |
| 85. | System sygnalizujący w Pracowni Mikrobiologii, status dodatniej butelki w aparacie satelitarnym zainstalowanym poza Pracownią Mikrobiologii | Tak / Nie | Tak – 10 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |
| 86. | System monitorujący objętość pobieranego materiału w butelce | Tak / Nie | Tak – 10 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |
| 87. | Bezpieczny przesiew dodatnich butelek przy pomocy adapteru, NIE przy pomocy standardowej igły lub igły i strzykawki.Eliminacja aerozolu | Tak / Nie | Tak – 10 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp.**

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Zakres zamówienia obejmuje: dostawę (zakup) oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, określone w SWZ, wymienione w tabeli nr 2.**

**Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest/są :………………………..… (imię, nazwisko, telefon, e-mail)**

**Załącznik nr 2 (stanowi treść oferty)**

**TP 21/21**

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie: **podstawowym bez negocjacji**

**pn.: Dostawa odczynników oraz części eksploatacyjnych dla Pracowni Mikrobiologii wraz z dzierżawą aparatury na okres 24 miesięcy. TP - 21/21**

1. **Wykonawca**

Czy Wykonawca wspólnie ubiega się o udzielenie zamówienia:

[ ] TAK [ ] NIE\*

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym – brak zaznaczenia oznacza, że Wykonawca samodzielnie ubiega się o zamówienie publiczne. W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy powielić pkt „dane Wykonawcy” oraz podać wszystkie dane **lidera**, a w odniesieniu do pozostałych Wykonawców należy podać tylko nazwę i krajowy numer identyfikacyjny (w przypadku polskich Wykonawców NIP lub REGON).

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna)**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Osoba/y uprawniona/e do kontaktów: ………………………………**

**Telefon:……………………………**

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

[ ] mikroprzedsiębiorstwo,

[ ] małe przedsiębiorstwo,

[ ] średnie przedsiębiorstwo,

[ ] jednoosobowa działalność gospodarcza,

[ ] osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

[ ] inny rodzaj

Należy zaznaczyć x lub innym podobnym

1. **PODWYKONAWCY**

Niżej podaną część/zakres zamówienia, wykonywać będą w moim imieniu podwykonawcy:

**Część/zakres zamówienia - Nazwa (firma) podwykonawcy**

1. ……………………………….. ……………………………….
2. ………………………. …………………………………..

(W przypadku braku wypełnienia ww. informacji w zakresie podwykonawstwa, Zamawiający automatycznie przyjmuje, że zamówienie zostanie zrealizowane samodzielnie przez Wykonawcę).

1. **SKŁADAMY OFERTĘ** na realizację przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Warunków Zamówienia, na następujących warunkach:

**Cena pakietu nr………. bez podatku VAT i z podatkiem VAT** .

a) bez VAT....................................................................................................................

Słownie zł......................................................................................................................

b) z VAT ........................................................................................................................ Słownie.............................................................................................................................

c) stawka podatku VAT (%)............................................................................................

***(W przypadku złożenia oferty na więcej niż jeden pakiet Wykonawca może powielić pkt 1 lub złożyć odrębny formularz)***

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę. Musi być zgodna z częścią asortymentowo – cenową tj.: tabelą nr 1, zawartą w załączniku nr 1 do SWZ.**

1. **Pozostałe wymagane informacje do sporządzenie umowy:**
	1. **Termin płatności: 30 dni**
	2. **Okres obowiązywania umowy : 24 miesięcy**
	3. **Termin dostawy do 5 dni roboczych** od daty otrzymania pisemnego zamówienia **Wpisać termin dostawy jeżeli będzie krótszy, w przypadku nie podania zamawiający przyjmuje że termin dostawy wynosi max do 5 dni robocze, podać w dniach) …………….**
2. Zgodnie z art. 225 ust 2 ustawy pzp, informujemy, że wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.) - **TAK\*/ NIE**

**Przy odpowiedzi TAK\*- należy wypełnić poniższe pkt.**

*……………(należy wskazać nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)*

*…………………………………….. zł netto (należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)*

*……………………… stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z nasza wiedzą , będzie miała zastosowanie*

(Brak jakiegokolwiek zaznaczenia oznacza, że wybór ofert nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z [ustawą](https://sip.lex.pl/#/document/17086198?cm=DOCUMENT) z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług)

1. **Ja (MY) niżej podpisani OŚWIADCZAMY, że:**
2. oferowane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego odczynniki i urządzenia (dotyczy dzierżawy) spełniają wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, są kompletne i będą po dostarczeniu gotowe do użycia - bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ze strony Zamawiającego.
3. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia i akceptujemy wszystkie warunki w niej zawarte określone przez Zamawiającego.
4. zapoznaliśmy się z Projektowanymi Postanowieniami Umowy, określonymi w załączniku do Specyfikacji Warunków Zamówienia, akceptujemy ją bez zastrzeżeń i **ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ**, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą,
5. uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.
6. Niniejsza oferta wiąże nas przez okres wskazany w dokumentacji postepowania przez Zamawiającego.
7. **Oświadczenie RODO**

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

1. **Tajemnica przedsiębiorstwa:** TAK/NIE\*\*

**…**…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………...**\***

\*W przypadku odpowiedzi TAK, Wykonawca wskaże te informacje i dokumenty które zawierają informację stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj można podać numer stron/nazwy złożonych dokumentów/nazwy plików zawierających takie informacje itd.) Informacje i dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa należy złożyć zgodnie z SWZ (Cześć II Komunikacja).

\*\*Braku jakiejkolwiek odpowiedzi oznacza że wszystkie załączniki do oferty są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

9.Wraz z ofertą **SKŁADAMY** następujące oświadczenia i dokumenty:

1.…….

2.…….

3.…….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_ \_\_\_ 2022 r.

**Załącznik nr 3** **(Wykonawca dołączy do oferty)**

**Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr. NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 w zw. z art. 273 ust 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Dostawa odczynników oraz części eksploatacyjnych dla Pracowni Mikrobiologii wraz z dzierżawą aparatury na okres 24 miesięcy***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust 1 ustawy PZP.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że w stosunku do Wykonawcy nie zachodzą podstawy do wykluczenia z postępowania.]*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie
art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* 108 ust. 1 i/lub/ *ustawy PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku
z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

*[****UWAGA:****w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie powołuje się na zasoby innych podmiotów.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

*[****UWAGA:*** *w przypadku gdy oświadczenie nie dotyczy Wykonawcy, należy przekreślić oświadczenie lub dopisać adnotację "NIE DOTYCZY", w przypadku nie wypełnienia poniższego oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie zamierza powierzyć wykonania zamówienia podwykonawcy.]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….……*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**Załącznik nr 4**

**TP 21/21 Wykonawca dostarczy na wezwanie**

**Wykonawca**

**………………………..**

**………………** data

Nazwa, adres

**Dotyczy postępowania na:**

**Dostawa odczynników oraz części eksploatacyjnych dla Pracowni Mikrobiologii wraz z dzierżawą aparatury na okres 24 miesięcy**

**INFORMACJA**

**o przynależności do grupy kapitałowej**

 (w zakresie art. 108 ust 1 ustawy pzp)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*,* oświadczam, co następuje

**Niniejszym oświadczam (-y), że:**

- **nie należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy PZP z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę \*

- **należę (-my) do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, którzy złożyli odrębne oferty w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów,

*(należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej)\*:*

1) ……………………………………………………………………..

2) …………………………………………………………………….

3) …………………………………………………………………….

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej.\***

\*niepotrzebne skreślić

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

***Załącznik Nr 5 do SWZ (dostarczyć na wezwanie)***

***Dotyczy:* postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Dostawa odczynników oraz części eksploatacyjnych dla Pracowni Mikrobiologii wraz z dzierżawą aparatury na okres 24 miesięcy**

 **Zamawiający:**

Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

**Wykonawca**

**Dane Wykonawcy: ……………………………………..**

**(pełna nazwa/forma prawna**

**Siedziba Wykonawcy: …………………….**

**(adres, ulica, miasto, województwo, kraj): ………………..**

**Nr NIP - podać numer unijny): …………………….. Regon: ……………………………**

**Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu , o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy pzp**

(§3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROZWOJU, PRACY I TECHNOLOGII z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcyDz.U.2020.2415)

**Oświadczam iż, Informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia w** postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego **pn.: Zakup i dostawa odczynników, materiałów eksploatacyjnych do badań hematologicznych wraz z dzierżawą aparatury na okres 36 miesięcy (TP 20/21)**, o których mowa w art. 108 ust 1 ustawy pzp **są nadal aktualne.**

**Załącznik nr 6 – (Wykonawca dołączy do oferty)**

**TP 21/21**

**Przedmiot : Dostawa odczynników oraz części eksploatacyjnych dla Pracowni Mikrobiologii wraz z dzierżawą aparatury na okres 24 miesięcy**

**……………………….. ………………………..**

Nazwa Wykonawcy data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymogi określone przez zamawiającego, posiada dokumenty dopuszczające zaoferowany przedmiot zamówienia (wyrób medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. z dnia 13.12.2019 r. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.), ) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem (np. **CE IVD lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych oznakowane CE IVD dla którego wystawiono deklarację zgodności**) i że zaoferowane dostawy spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu z dnia 05.04.2017 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych, zmiany Dyrektywy 2001/83/WE, Rozporządzenia (WE) Nr 178/2002 i Rozporządzenia (WE) Nr 1223/2009 oraz uchylenia Dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE. L. Nr 117, str. 1)\*.

Dodatkowo oświadczam, że dostarczę po podpisaniu umowy na każde żądanie Zamawiającego aktualny dokument dopuszczający wyrób medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. z dnia 13.12.2019 r. Dz. U. z 2020 r. poz. 186 ze zm.) do obrotu zgodnie z obowiązującym prawem.

*\*o ile dotyczy:*

*Jeżeli nie dotyczy,*  oświadczenie Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia nie wymaga opisanych dokumentó

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)