**DZP.381.49A.2023** ZMODYFIKOWANY **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO IM. PROF. K. GIBIŃSKIEGO SUM W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ...........................................................................................................................................

Siedziba: ...........................................................................................................................

Adres zamieszkania\* ………………………………………………………………………………

*\*) dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarcza oraz wspólników w spółce cywilnej*

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

Tel. ......................................... fax ..........................................

e-mail ............................................................................................................

Adres strony www ................................................................................... (jeśli istnieje)

numer konta …………………………………………………………………………. *(w celu wpisania do umowy - w przypadku nie podania numeru konta Wykonawca zobowiązany jest wpisać numer konta w umowie)*

* + - 1. Ubiegając się o zamówienie publiczne na **Dostawę urządzeń do Zakładu Patomorfologii I** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia (dalej w treści: SWZ) za łączną kwotę określoną poniżej:

**Pakiet 1: Procesor tkankowy wspomagany próżnią/mikrofalami**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Procesor tkankowy wspomagany próżnią/mikrofalami | **2 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 2: Automatyczna linia barwiąco – nakrywająca oraz nakrywarka preparatów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Automatyczna linia barwiąco – nakrywająca | **2 szt.** |  |  |  |  |
| **2** | Nakrywarka preparatów | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

**Automatyczna linia barwiąco – nakrywająca**

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

**Nakrywarka preparatów**

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 3: Stacja do zatapiania preparatów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Stacja do zatapiania preparatów | **2 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 4: Skaner preparatów histologicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Skaner preparatów histologicznych | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 5: Urządzenie do izolacji kwasów nukleinowych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Urządzenie do izolacji kwasów nukleinowych | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 6: Mikroskop diagnostyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Mikroskop diagnostyczny | **4 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

W/w urządzenie posiada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 31 | Klasa obiektywu: Plan Achromat  Powiększenie: 2x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,06  Odległość robocza: ≥5 mm  Liczba polowa (FN): >22mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | TAK  ………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 32 | Klasa obiektywu: Plan Fluorite  Powiększenie: 4x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,13  Odległość robocza: ≥15 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | TAK  ………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 33 | Klasa obiektywu: Plan Fluorite  Powiększenie: 10x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,3  Odległość robocza: ≥10 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | TAK  ………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 34 | Klasa obiektywu: Plan Fluorite  Powiększenie: 20x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,5  Odległość robocza: ≥2,0 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | TAK  ………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 35 | Klasa obiektywu: Plan Fluorite  Powiększenie: 40x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,75  Odległość robocza: ≥0,50 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | TAK  ………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |

\*podać wymagane informacje

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 7: Mikroskop diagnostyczny z epifluorescencją**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Mikroskop diagnostyczny z epifluorescencją | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

W/w urządzenie posiada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 25 | Źródło światła w postaci minimum 3 indywidualnych diod LED o maksimach emisji przy długości fali: 400nm 450nm i 570nm (±10nm) | ………..\*  (podać liczbę LED) |
| 49 | Liczba polowa okularów (FN) minimum 26mm | …………\*  (podać FN) |
| 53 | Klasa obiektywu: Plan Apochromat  Powiększenie: 4x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,16  Odległość robocza: ≥13 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | …………\* (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 54 | Klasa obiektywu: Plan Apochromat  Powiększenie: 10x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,4  Odległość robocza: ≥3 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm | ………\* (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 55 | Klasa obiektywu: Plan Apochromat Powiększenie: 20x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,8  Odległość robocza: ≥0,6 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm  Amortyzacja | …………\*  (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 56 | Klasa obiektywu: Plan Apochromat (suchy) Powiększenie: 40x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,95  Odległość robocza: ≥0,18 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm  Amortyzacja | …………\* (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 57 | Klasa obiektywu: Plan Fluorite (suchy) Powiększenie: 60x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 0,9  Odległość robocza: ≥0,20 mm  Liczba polowa (FN): >26mm Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm  Amortyzacja | ……..\* (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 58 | Klasa obiektywu: Plan Apochromat (immersja olejowa)  Powiększenie: 100x,  Apertura numeryczna (NA): nie gorsza niż 1,45  Odległość robocza: ≥0,13 mm  Liczba polowa (FN): >26mm  Korekcja na szkiełko nakrywkowe 0,17mm  Amortyzacja | ……….\* (podać klasę, NA, FN i odległość roboczą) |
| 68 | Kompatybilna kamera do rejestracji obrazy mikroskopowego:   * Przetwornik w technologii CMOS * Chłodzenie przetwornika modułem Peltiera * Rozmiar piksela przetwornika: ≥5,8 um * Rozdzielczość maksymalna: nie mniejsza niż 5700x3600 pikseli * Rozdzielczość przetwarzania A/C: nie mniejsza niż 12 bitów * Maksymalny użyteczny czas integracji: ≥ 60sek * Kontroler do komputera klasy PC wraz z oprogramowaniem umożliwiającym sterowaniem kamerą i rejestracją co najmniej statycznych obrazów w środowisku Windows wersja 7 lub nowszym | ……….\*  (podać rozmiar piksela przetwornika i rozdzielczość maksymalną) |

\*podać wymagane informacje

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

**Pakiet 8: Spektofotometr/fluorymetr**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto (cena jednostkowa netto x ilość)** | **VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (wartość netto + VAT)** |
| **1** | Spektofotometr/fluorymetr | **1 szt.** |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  | **xxxx** |  |

Oświadczamy, iż oferujemy w/w urządzenie:

- Producent: …….………………………… (podać)

- Nazwa/typ: ..….………………………… (podać)

W/w urządzenie posiada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 | Rozdzielczość spektralna detektora: nie gorsza niż 1,8 nm | …………\*  podać |
| 15 | Dokładność pomiaru spektrum: nie gorsza niż ± 1,0nm | …………\*  podać |
| 18 | Limit detekcji dla dsDNA: ≤ 2,0 ng/µL | …………\*  podać |
| 19 | Limit detekcji dla białka (BSA): ≤ 60 µg/mL | …………\*  podać |

\*podać wymagane informacje

Oświadczamy, iż oferujemy następujący okres gwarancji:

a) 24 miesiące\*

b) 36 miesięcy\*

c) 48 miesięcy\*

\* niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

(w przypadku braku zaznaczenia lub wykreślenia Zamawiający uzna, iż Wykonawca oferuje minimalny okres gwarancji)

* + - 1. Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia oraz posiada parametry opisane w Wykazie do oceny parametrów technicznych (jeśli został dołączony do oferty)
      2. Oświadczamy, iż w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
      3. Oświadczamy, że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w sytuacji, gdy nie dołączyliśmy do oferty informacji wykonawcy o powstaniu obowiązku podatkowego.
      4. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty i zobowiązujemy się spełnić wszystkie wymienione w Specyfikacji wymagania Zamawiającego
      5. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
      6. Zawarta w Specyfikacji Warunków Zamówienia treść wzoru umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego
      7. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia 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, ze zm.) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*(\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*

* + - 1. Rodzaj Wykonawcy:

1. Mikroprzedsiębiorstwo\*
2. Małe przedsiębiorstwo\*
3. Średnie przedsiębiorstwo\*
4. Jednoosobowa działalnością gospodarczą \*
5. Osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej\*
6. Duże przedsiębiorstwo\*

(\*Niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć – punkt nieobowiązkowy)