**DZP.281.43A.2024** **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. .........................................

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

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

numer konta …………………………………………………………………………. *(w celu*

*wpisania do umowy - w przypadku niepodania numeru konta Wykonawca zobowiązany jest wpisać numer konta w umowie)*

* + - 1. Ubiegając się o zamówienie publiczne na **Dostawę odczynników chemicznych oraz odczynników laboratoryjnych do oznaczania autoprzeciwciał i alergenów i do oznaczania parametrów krytycznych wraz z najmem analizatorów** oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia w zakresie objętym specyfikacją warunków zamówienia (dalej w treści: SWZ) za łączną kwotę wskazaną w formularzu asortymentowo-cenowym.
      2. **Dotyczy Wykonawców składających ofertę na pakiet 1:**

Oferujemy następujące Analizatory:

| Wykonawca jest zobowiązany podać poniższe dane: | ANALIZATOR DO METODY ELISA WRAZ Z AUTOMATYCZNĄ PŁUCZKĄ | ANALIZATOR DO TESTÓW PASKOWYCH | ANALIZATOR DO TESTÓW IIFT | MIKROSKOP FLUORESCENCYJNY |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lokalizacja –Katowice, Medyków 14 | | | | | |
| PRODUCENT (podać) |  |  |  |  |
| KRAJ POCHODZENIA (podać) |  |  |  |  |

| Wykonawca jest zobowiązany podać poniższe dane: | ANALIZATOR DO METODY ELISA WRAZ Z AUTOMATYCZNĄ PŁUCZKĄ | ANALIZATOR DO TESTÓW PASKOWYCH | ANALIZATOR DO TESTÓW IIFT | MIKROSKOP FLUORESCENCYJNY |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MODEL/TYP  (podać) |  |  |  |  |
| ROK PRODUKCJI  (podać) |  |  |  |  |
| STAN  (podać) | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć |

wykaz do oceny parametrów jakościowych (dotyczy oferowanego do najmu przedmiotu zamówienia wskazanego powyżej)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** (analogicznie do zał. nr 8 do SWZ | **Opis parametru, funkcji** | **Punktacja** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę**  (w pozycjach TAK/NIE\* prosimy niewłaściwe skreślić lub zaznaczyć właściwe stwierdzenie bez konieczności opisywania oferowanego parametru) |
| **E.** | **INNE** | | |
| 1. | Odczynniki, materiały kontrolne i inne akcesoria potrzebne do wykonania badania - w zestawie | TAK (w zestawie UWAGA: nie obejmuje akcesoriów oraz materiałów zużywalnych do analizatorów, np. końcówek, buforów czyszczących, koniugatu anty ludzkiego IgG itp.). - 10 pkt  NIE (poza zestawem) – 5 pkt | TAK/NIE\* |
| 2. | Nieodpłatna kontrola zewnątrz laboratoryjna w zakresie oferowanych testów (2xw roku) wraz z opracowaniem wyników i certyfikatem  (UWAGA: nie dotyczy testu do diagnostyki twardziny układowej) | TAK -10pkt  NIE -0pkt | TAK/NIE\* |

**\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć**

Oświadczamy, iż wyżej zaoferowane Analizatory spełniają wymagania określone w Zestawieniu Parametrów Technicznych

* + - 1. **Dotyczy Wykonawców składających ofertę na pakiet 2:**

Oferujemy następujące Analizatory:

| Wykonawca jest zobowiązany podać poniższe dane: | ANALIZATOR I  (lokalizacja Laboratorium ul. Medyków 14) | ANALIZATOR II  (lokalizacja  Oddział Neonatologii ul. Medyków 14) | ANALIZATOR III  (lokalizacja Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  ul. Medyków 14) | ANALIZATOR IV  (lokalizacja Blok Porodowy  ul. Medyków 14) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PRODUCENT(podać) |  |  |  |  |
| KRAJ POCHODZENIA (podać) |  |  |  |  |
| MODEL/TYP (podać) |  |  |  |  |
| ROK PRODUKCJI (podać) |  |  |  |  |
| STAN (podać) | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć | NOWY\*  UŻYWANY DOTYCHCZAS PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO \*  UŻYWANY PRZEZ INNĄ JEDNOSTKĘ NIŻ ZAMAWIAJĄCEGO \*  \*niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć |

wykaz do oceny parametrów jakościowych (dotyczy oferowanego do najmu przedmiotu zamówienia wskazanego powyżej)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** (analogicznie do zał. nr 8 do SWZ | **Opis parametru, funkcji** | **Punktacja** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę**  (w pozycjach TAK/NIE\* lub POZAKASETĄ/W KASECIE\* gdzie Zamawiający nie wpisał „podać (…)” prosimy niewłaściwe skreślić lub zaznaczyć właściwe stwierdzenie bez konieczności opisywania oferowanego parametru) |
| 4. | Czas wykonania badania dla 17 parametrów krytycznych – maksymalnie **120** sekund | poniżej lub równe 60 sekund - 10 pkt.  61 sekund -120 sekund - 5 pkt | Podać czas …. |
| 6. | Ważność odczynników w analizatorze min.15 dni. | 20 i więcej dni - 10 pkt.  15-19 dni - 0 pkt | Podać ilość dni …… |
| 8. | Brak dodatkowych zewnętrznych kalibratorów dla wszystkich parametrów | TAK - 10 pkt.  NIE - 5 pkt. | TAK/NIE\* |
| 10. | Niezależny moduł automatycznej kontroli jakości | TAK - 10 pkt.  NIE - 5 pkt. | TAK/NIE\* |
| 15. | Data ważności kasety nieotwartej min. 3 miesiące od daty dostawy | 6 miesięcy i powyżej - 10 pkt.  od 3 miesięcy do poniżej 6 miesięcy - 5 pkt. | Podać ważność w miesiącach …. |
| 16 | Elektrody (sensory) umiejscowione w kasecie lub poza kasetą. | poza kasetą - 5 pkt.  w kasecie - 10 pkt. | POZA KASETĄ/W KASECIE \* |
| 18 | Materiał kontrolny niezależny od kalibratora. | TAK – 10 pkt.  NIE – 5 pkt. | TAK/NIE\* |
| 20 | Dodatkowe poza przepłukiwaniem zabezpieczenia zapobiegające dostaniu się skrzepu do układu pomiarowego | TAK -10 pkt.  NIE - 0 pkt. | TAK/NIE\* |
| 21 | Automatyczny system kontroli jakości wykonywanych badań, pozwalający ocenić jakość wydawanych wyników z możliwością wydruku:oparty na regułach Westgarda i kartach Levey Jeningsa | TAK - 10 pkt.  NIE (tzn. inny certyfikowany system kontroli jakości) - 5 pkt. | TAK/NIE\* |

**\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć**

**UWAGA!**

Punktacja w każdym punkcie dotyczy zbiorczo wszystkich zaoferowanych analizatorów w związku z czym Wykonawca zaznaczając odpowiedź musi brać pod uwagę możliwości obydwu analizatorów (wszystkie Analizatory muszą spełniać parametry wskazane w kryterium w tym samym zakresie) np. jeżeli w punkcie 10 co najmniej jeden z Analizatorów nie posiada niezależnego modułu automatycznej kontroli jakości a pozostałe spełniają wymóg to Wykonawca zaznacza odpowiedź „NIE” tj. zostanie przyznana niższa punktacja tj. w przypadku poz. 10 - 5 punktów

Oświadczamy, iż wyżej zaoferowane Analizatory spełniają wymagania określone w Zestawieniu Parametrów Technicznych

* + - 1. 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.
      2. 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.
      3. Jesteśmy związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.
      4. 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
      5. 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)