**ZP30/L/9/2018** *Załącznik nr 2 do SIWZ*

##### FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY

**W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO**

**Dane dotyczące Wykonawcy**

Nazwa....................................................................................................................

Siedziba.................................................................................................................

Nr telefonu/faks......................................................................................................

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

Nr telefonu/faks, e-mai serwisu............................................................................

NIP......................................................................................................................

nr REGON...............................................................................................................

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

**TAK……. NIE …..….**

**Dane dotyczące Zamawiającego**

Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

z siedzibą w Bytowie (77-100), ul. Lęborska 13,

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer 0000330649, REGON: 220799636, NIP: 8421733833, kapitał zakładowy: 26 852 700,00 zł.

**Oferta Wykonawcy:**

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia objętego postępowaniem przetargowym nr ZP23/L/4/2019, to jest dzierżawa analizatorów do immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej z dostawą odczynników dla potrzeb Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zamawianych przez upoważnionych przez Zamawiającego pracowników Laboratorium diagnostycznego w/g załączonego do SIWZ zestawienia, w ilości oraz wg cen określonych w formularzu cenowym, który stanowi integralną część niniejszego formularza ofertowego

Wartość netto ....................... zł

**wartość brutto** ....................... zł

(słownie: ...............................................................................................................)

**Warunki serwisu ………………………….**

**Termin dostawy…………………..**

**Oświadczam, że:**

1. w przypadku wyboru mojej oferty w toku prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr ZP23/L/4/2019 zobowiązuję się do zawarcia pisemnej umowy w siedzibie Zamawiającego, w terminie przez niego wyznaczonym,

2. akceptuję termin płatności 30 dni od daty dostarczenia faktury Zamawiającemu,

3. wartość oferty wynika z kalkulacji formularza cenowego stanowiącego integralną część niniejszego formularza ofertowego,

4. zapoznałem się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i załącznikami do niej, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i uznaję się za związanego określonymi w nich wymaganiami i zasadami postępowania,

5. zapoznałem się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 4 do SIWZ, akceptuję go i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,

6. zaproponowane ceny będą cenami stałymi przez okres trwania umowy,

7. niżej wymieniony zakres dostaw zamierzam wykonać z udziałem podwykonawców / całość prac wykonam we własnym zakresie\*,

(Wykonawca wypełnia tabelę - o ile dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa części zamówienia - nazwa podwykonawcy** |
|  |  |

8. wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego\*:

1) Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego: ...............................................................................................................

2) Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku od towarów i usług: ...........................................................................

9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 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 treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

Wszelkie usterki i nieprawidłowości serwisu należy zgłaszać na nr tel/fax: ……………………............

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawach niniejszej oferty oraz wykonania umowy po stronie Wykonawcy

……………………….................................

(imię i nazwisko; nr telefonu)

Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

**Lista załączników:**

**…………..**

**……………**

**Zastrzeżenie Wykonawcy**

Oświadczam, że oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

…………………………………………………………………………………………………………………..

Inne informacje Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 3a do SIWZ***

### ZP23/L/4/2019

# Oświadczenie Wykonawcy

### Składane na podstawie art. 25a ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004r.

### Prawo zamówień publicznych ( dalej jako ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

### Na potrzeby postępowania o udzielenie Zamówienia publicznego na dzierżawa analizatorów do immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej z dostawą odczynników prowadzonego przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., oświadczam, co następuje:

### OŚWIADCZENIA DOTYCZACE WYKONAWCY:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 12-22 ustawy Pzp.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na postawie art. 24 ust. 5 pkt. 1ustawy Pzp

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

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. 24 ust. 1 pkt. 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**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 wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

***Załącznik nr 3b do SIWZ***

### ZP23/L/4/2019

# Oświadczenie Wykonawcy

### Składane na podstawie art. 25a ust. 1 z dnia 29 stycznia 2004r.

### Prawo zamówień publicznych ( dalej jako ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

### Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę dzierżawa analizatorów do immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej z dostawą odczynników, prowadzonego przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., oświadczam, co następuje:

### INFORMACJE DOTYCZACE WYKONAWCY:

### Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjna dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

**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 wprowadzania zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 5 do SIWZ***

### ZP23/L/4/2019

# Oświadczenie

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, w postępowaniu na: **dzierżawa analizatorów do immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej z dostawą odczynników** **dla Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o**.”, reprezentując:

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Oświadczamy, że zaoferowane wyroby medyczne są dopuszczone do obrotu na polskim rynku i spełniają wymagania określone w:

- ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2015r., poz. 876)

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (dz. U. z 2015r poz. 876 i 1918),

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2010r.r. w sprawie kwalifikowania wyrobów medycznych (Dz. U. z 2010r Nr 215, poz. 1416).

**W przypadku wystąpienia takiej potrzeby zobowiązujemy się przedłożyć stosowne dokumenty potwierdzające spełnianie ww. wymagań.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 6 do SIWZ***

### ZP23/L/4/2019

**Oświadczenie**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP**

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

(należy wpisać nazwę Wykonawcy)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na **dzierżawa analizatorów do immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej, wodnoelektrolitowej z dostawą odczynników** **dla Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o** oświadczam, że:

**1. Nie należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2017r. poz. 229, 1089 i 1132) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli oferty w przedmiotowym postępowaniu.\*

**2. Należymy do tej samej grupy kapitałowej,** o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy PZP, tj. grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji   
i konsumentów (Dz. U. z 2017r. poz. 229, 1089 i 1132) z innym Wykonawcą:

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

(nazwa i adres Wykonawcy)

który złożył odrębną ofertę w przedmiotowym postępowaniu.\*

*W tym przypadku wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z ww. Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia.\**

\*Niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

(pieczęć Wykonawcy)

***Załącznik nr 7 do SIWZ***

### ZP23/L/4/2019

**Parametry jakościowo techniczne odczynników i aparatury**

Dzierżawa analizatorów: immunochemicznego, równowagi kwasowo-zasadowej wraz z dostawą odczynników, oraz dzierżawa chłodziarko-zamrażarki i pipet nastawnych automatycznych.

**a) Analizator do oznaczeń immunochemicznych:**

**Wymagania bezwzględne:**

1. automatyczny, wieloparametrowy, nie starszy niż z 2014 roku z wymienionymi częściami eksploatacyjnymi, pracujący w oparciu o metodę chemiluminescencji.

2. wyposażony w jednostkę sterującą i UPS

3. stała gotowość do pracy przez 24 godziny

4. minimum 18 pozycji na odczynniki

5. automatyczne monitorowanie zużycia odczynników i materiałów zużywalnych

6. możliwość dostawiania próbek CITO w każdym momencie pracy analizatora

7. możliwość podawania materiału badanego w probówkach

8. obecność detektora skrzepów i mikroskrzepów próbek badanych

9. automatyczne rozcieńczanie próbek badanych

10. wydajność minimum 60 ozn/godzinę

11. maksymalny czas pojedynczych analiz do 30 minut

12. flagowanie patologicznych wartości wyników

13. analizator wyposażony w czytnik kodów kreskowych próbek badanych i odczynników

14. komputerowa archiwizacja wyników badań, kontroli i kalibracji

15. automatyczne prowadzenie bieżącej i skumulowanej kontroli jakości w oparciu o reguły Westgarda i wykresy Levy-Jeningsa

16. odczynniki gotowe do użycia

17. odczynnik do beta-HCG dedykowany do diagnozowania nowotworów wraz z potwierdzonym zapisem w ulotce odczynnikowej

**b) Analizator do oznaczeń parametrów równowagi kwasowo – zasadowej.**

**Wymagania bezwzględne:**

1. nie starszy niż z 2012 r. z wymienionymi częściami eksploatacyjnymi, wyposażony w nowe elektrody
2. wyposażony w UPS
3. panel pomiarowy analizatora : pH, pO2, pCO2, SO2, glukoza, sód, potas, chlor, hemoglobina całkowita, bilirubina, pochodne hemoglobiny, mleczany, wyliczający HCO3, BE, hematokryt
4. oprogramowanie w języku polskim
5. czytnik kodów kreskowych do odczynników
6. przeznaczony do całodobowej pracy
7. możliwość wykonania analizy z surowicy, osocza, krwi pełnej i materiałów kontrolnych
8. posiadający 2 sposoby podania próbki : kapilara i strzykawka
9. system pobierania z eliminacją mikroskrzepów
10. czas uzyskania wyniku do 1 minuty
11. flagowanie patologicznych wyników
12. automatyczne procedury czyszczenia toru pomiarowego
13. automatyczna kalibracja, pomiar kontroli jakości zgodny z regułami Westgarda i Levy-Jeningsa
14. odczynniki gotowe do użycia

**c)** Sukcesywna dostawa odczynników kalibratorów, kontroli i materiałów eksploatacyjnych do ww. analizatorów w ilości i asortymencie zgodnym z Załącznikiem nr 1 do SIWZ.

**d)** Dzierżawa chłodziarko-zamrażarka z systemem No Frost, 3 szufladowa do przechowywania odczynników, nie starsza niż 10 lata.

**e)**  Dzierżawa czterech pipet automatycznych, nastawnych o objetości 1-5 ml, od 10ul-100ul, od 20ul-200ul, od 100ul-1000ul, ze statywem

**f)** Podłączenie analizatorów do sieci informatycznej istniejącej w Laboratorium. Szkolenie personelu z zakresu obsługi analizatorów.

**PRZEDMIOT DZIERŻAWY:**

1. Dzierżawa analizatora immunochemicznego:

*typ....................................................,............od producenta.....................................................,*

*nr seri........................................................... data produkcji........................................................*

*wraz z jednostką sterującą tj. komputerem, monitorem, drukarką laserową i UPS*

*o wartości brutto: …………………….*

*słownie złotych brutto: …………………………………………………………*

2. Dzierżawa analizatora do równowagi kwasowo-zasadowej:

*typ....................................................,............od producenta.....................................................,*

*nr seri........................................................... data produkcji........................................................*

*o wartości brutto: …………………….*

*słownie złotych brutto: …………………………………………………………*

3. Dzierżawa chłodziarko - zamrażarki

*typ....................................................,............od producenta.....................................................,*

*nr seri........................................................... data produkcji........................................................*

*o wartości brutto: …………………….*

*słownie złotych brutto: …………………………………………………………*

5. Dzierżawa pipet nastawnych automatycznych (4 szt.)

*typ....................................................,............od producenta.....................................................,*

*nr seri........................................................... data produkcji........................................................*

*o wartości brutto: …………………….*

*słownie złotych brutto: …………………………………………………………*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data, imię i nazwisko)

podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy