*Załącznik nr 1*

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

(nazwa, oznaczenie, firma i adres Wykonawcy)

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**w Mońkach**

**Al. Niepodległości 9**

**19-100 Mońki**

**O F E R T A**

**DANE WYKONAWCY**

1. Pełna nazwa *(oznaczenie, firma)* …………………………………………..……………..……………..……………………………………………….………
2. Adres siedziby *(ulica, kod pocztowy, miejscowość)* …...………………...........................…………………………………...……………………….…………
3. REGON …….…………………. NIP ……..……………..…………………………………… KRS/CEiDG ………………………………………………….
4. Telefony *(z numerem kierunkowym)* …………………………………..…………………..………..……………………………………………………………
5. Faks *(z numerem kierunkowym)* ……………………………………………..…………………………..……………………………….………………………
6. E-mail …………………………………………………………………………..………………..……………………..………….………………...………..…
7. Odpowiadając na zapytanie ofertowe na **3 - letnią dzierżawę analizatora hematologicznego i dostawę odczynników dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach** oferuję/emy dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

**3 LETNIA DZIERŻAWA ANALIZATORA HEMATOLOGICZNEGO WRAZ Z ODCZYNNIKAMI**

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

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

[podać nazwę producenta, typ urządzenia, rok produkcji]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy zestawu podstawowego****[minimalne parametry techniczne i użytkowe, warunek]** | **Wymagana wartość** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Analizator hematologiczny 5-Diff , fabrycznie nowy nie starszy niż 2022 r. wyklucza się aparaty demonstracyjne i testowe  | TAK |  |
| 2 | Dowolność wyboru oznaczenia dla każdej próbki (CBC lub CBC+ DIFF) bez konieczności wykonywania badań w seriach. | TAK |  |
| 3 | Możliwość analizy minimum 26 parametrów  | TAK |  |
| 4 | Wydajność minimum 60 oznaczeń na godzinę | TAK |  |
| 5 | Parametry mierzone RBC, WBC, HGB, PLT, HCT ewentualnie MCV. Parametry wyliczane MCH, MCHC, MCV lub HCT (w zależności od tego co jest mierzone) | TAK |  |
| 6 | Różnicowanie automatyczne WBC na co najmniej 5 populacji w oparciu o technologię fluorescencyjnej cytometri przepływowej z wykorzystaniem lasera półprzewodnikowego | TAK |  |
| 7 | Aparat wyposażony w wbudowany ekran dotykowy i komputer sterujący analizatorem, zewnętrzny czytnik kodów kreskowych z manualnym podawaniem próbki (bez podajnika) | TAK |  |
| 8 | Objętość krwi aspirowanej do badania CBC- 5 DIFF maksymalnie 30 ul bez wstępnego rozcieńczenia z próbki pierwotnej.  | TAK |  |
| 9 | Pomiar HGB niezależny od toru WBC (osobny tor pomiarowy minimalizujący interferencję ze strony krwinek białych i lipidów) | TAK |  |
| 10 | Prezentacja wyników oznaczeń na histogramach i skattegramach | TAK |  |
| 11 | Minimalna liniowość bez rozcieńczenia z próbki pierwotnej WBC min. 400 tys./ulPLT min. 4000 tys./ulHGB min 25 g/dl |  TAK |  |
| 12 | Instrukcja analizatora w języku polskim | TAK |  |
| 13 | Oferowany aparat wraz z wyposażeniem oznakowane znakiem CE | TAK |  |
| 14 | Odczynniki bezcyjankowe | TAK |  |
| 15 | System informowania o wynikach patologicznych wraz z flagowaniem wyników patologicznych oraz z komunikatami opisującymi typowe patologie | TAK |  |
| 16 | Oprogramowanie własne analizatora posiadające moduł kontroli jakości zawierające dane liczbowe i graficzne oraz wykresy Levey – Jeningsa, wyklucza się oprogramowanie zewnętrzne | TAK |  |
| 17 | Automatyczne czyszczenie końcówki pobierającej krew | TAK |  |
| 18 | Oprogramowanie aparatu umożliwiające zarządzanie odczynnikami – szacowanie zużycia odczynnika wraz z podaniem jednej z form graficznej lub liczbowej na monitorze informacji o poziomie ich zużycia w czasie wykonywania rutynowej pracy  | TAK |  |
| 19 | Odczynniki i materiały kontrolne kompatybilne z oferowanym analizatorem | TAK |  |
| 20 | Oprogramowanie analizatora w języku polskim | TAK |  |
| 21 | Analizator oraz podłączony komputer, monitor i drukarka zabezpieczony zewnętrznym Ups- em | TAK |  |
| 22 | Analizator umożliwiający dwukierunkową komunikację z siecią komputerową | TAK |  |
| 23 | Wykonawca pokryje koszty podłączenia analizatora do funkcjonującego w laboratorium systemu LIS ( Prometeusz ) | TAK |  |
| 24 | Utworzenie dodatkowego stanowiska do rejestracji pacjentów wyposażonego w nowe urządzenia: komputer, drukarkę laserową, monitor, laserowy czytnik kodów kreskowych, drukarkę kodów kreskowych z obcinakiem działającym w języku polskim | TAK |  |
| 25 | Możliwość serwisu analizatora „on line” w celu monitorowania prawidłowej pracy analizatora, szybkiego diagnozowania pojawiających się usterek, wsparcia technicznego i merytorycznego | TAK |  |
| 26 | Możliwość telefonicznego zgłoszenia awarii 7 dni w tygodniu. Czas reakcji serwisu: telefoniczny do 60 min. Przyjazd serwisu do 24 godzin od chwili zgłoszenia. Jeżeli czas reakcji serwisu i usunięcia awarii aparatury przekroczy 48 godzin to wykonawca zapewni aparat zastępczy lub zobowiązuje się ponieść wszystkie koszty poniesione przez Zamawiającego zlecenia badań podmiotom trzecim. | TAK |  |
| 27 | Gwarancja przez okres trwania umowy, w tym w szczególności:Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności które należy zrealizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie trwania umowy leżą po stronie Wykonawcy.Udokumentowane koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego. | TAK |  |
| 28 | Dostawa, instalacja oraz uruchomienie dzierżawionej aparatury oraz przeprowadzenie szkolenia personelu medycznego i technicznego nastąpi w terminie maksymalnie do 21 dni od daty zawarcia umowy- w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, na koszt i ryzyko Wykonawcy na podstawie protokołu przekazania sprzętu. Przeszkolenia personelu medycznego i technicznego dotyczyć będzie obsługi aparatury oraz jej podstawowej konserwacji, drobnych napraw i przeglądów, które zgodnie z instrukcją użytkowania nie są zastrzeżone dla innych podmiotów. | TAK |  |
| 29 | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu. | TAK |  |
| 30 | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE | TAK |  |

**Dzierżawa Analizatora hematologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena netto****za 1 m-c** | **Stawka podatku VAT** | **Cena brutto****za 1 m-c** | **Kwota netto****za 36 m-cy** | **Kwota VAT****za 36 m-cy** | **Kwota brutto****za 36 m-cy** |
| 1. | Dzierżawa analizatora hematologicznego  | miesiąc | 36 |  |  |  |  |  |  |
| Razem :  |  |  |  |

**ODCZYNNIKI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Metoda oznaczenia oraz wymagania graniczne** | **Jednostka miary** | **Przewidywana liczba badań** | **Wielkość opakowania jednostkowego** | **Ilość opakowań** | **Cena jednostkowa netto****opakowania** | **Stawka podatku VAT** | **Cena jednostkowa brutto opakowania** | **Kwota netto** | **Kwota podatku VAT** | **Kwota brutto** | **Nazwa handlowa, producent i numer katalogowy oferowanego przez Wykonawcę produktu** |
| 1. | ODCZYNNIKI | kompatybilne z oferowanym do dzierżawy analizatorem | op | 45 tys. w tym ( 15 tys. CBC , 30 tys DIFF) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  Materiały kontrolne z terminem ważności zgodnym z harmonogramem dostaw Wykonawcy w ilości niezbędnej do prawidłowej pracy aparatu przez cały okres trwania umowy | kompatybilne z oferowanym do dzierżawy analizatorem | ozn. | ilość materiału kontrolnego do wykonywania codziennej kontroli na poziomie normalnym |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.  | Materiały zużywalne do aparatu wymagane do prawidłowej pracy | kompatybilne z oferowanym do dzierżawy analizatorem | op | niezbędna do wykonywania w/w ilości badań |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem**  |  |  |  |  |

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW**

**RAZEM KOSZTY DZIERŻAWY ANALIZATORA I DOSTAWY ODCZYNNIKÓW W PLN:**

1) netto: ………………………................................................................................................................……………………………….……………… zł

 słownie: …………………………………….................................................................................................................………………………… złotych

2) stawka podatku VAT: ………………...% tj. …………………...…………......................................................................................................………zł

słownie: ………………………………………………............................................................................................…………………..………….złotych

3) brutto: ………………………..........................................................................................……………………………………………...…………….... zł

 słownie: ………………..........................................................................................……………………………………………...………..…….. złotych

2. Oświadczam/y, że dostawy stanowiące przedmiot zamówienia wykonywać będziemy przez okres 36 miesięcy, w tym: dostawa, instalacja oraz uruchomienie dzierżawionej aparatury oraz przeprowadzenie szkolenia personelu medycznego i technicznego nastąpi w terminie maksymalnie do 21 dni - od daty zawarcia umowy
- w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, na koszt i ryzyko Wykonawcy na podstawie protokołu przekazania sprzętu.

Przeszkolenia personelu medycznego i technicznego dotyczyć będzie obsługi aparatury oraz jej podstawowej konserwacji, drobnych napraw i przeglądów, które zgodnie z instrukcją użytkowania nie są zastrzeżone dla innych podmiotów.

3. Sposób zapłaty: przelew.

4.Oferowany przez/e Mnie/Nas termin płatności wynosi minimum 60 dni licząc od daty otrzymania faktury za dostarczony przedmiot zamówienia/z upływem miesiąca dzierżawy.

5. Oświadczam/y, że termin ważności oferowanych odczynników wynosi minimum 6 miesięcy licząc od daty dostawy do Zamawiającego. Termin ważności materiałów kontrolnych zgodny z harmonogramem dostaw Wykonawcy.

6. Oświadczam/y, że zapewniam/y sukcesywną dostawę przedmiotu zamówienia, w części dotyczącej odczynników, w terminie **5 dni roboczych** od dnia powzięcia wiadomości o zapotrzebowaniu wyrażonym przez Zamawiającego.

Jeżeli dostawa, wypada w dniu wolnym od pracy lub poza godzinami pracy Medycznego Laboratorium Diagnostycznego dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym po wyznaczonym terminie.

7. Oświadczam/y, że zaoferowane odczynniki posiadają dokładne i czytelne oznakowania oraz instrukcje wykonania oznaczeń w języku polskim.

8. Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia w zakresie wyrobów medycznych posiada aktualny dokument dopuszczający do obrotu i do używania zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych i zobowiązujemy się do dostarczenia na każde żądanie Zamawiającego kopii aktualnych dokumentów (tj. deklaracji zgodności i/lub certyfikatu zgodności).

9. Oświadczam/y, że z pierwszą dostawą odczynników dostarczymy karty charakterystyki i/lub karty substancji niebezpiecznej i/lub karty bezpieczeństwa.

W przypadku odczynników zawierających substancje niebezpieczne Wykonawca: oświadcza, że dostarczone odczynniki są zgodne z właściwymi normami i przepisami prawa, w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu i użytkowania oraz opakowania i oznakowania, w szczególności:

a) ustawą z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach;

b) ustawą z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych;

c) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2015 r. w sprawie sposobu oznakowania miejsc, rurociągów oraz pojemników i zbiorników służących do przechowywania lub zawierających substancje stwarzające zagrożenie lub mieszaniny stwarzające zagrożenie;

Przez cały okres obowiązywania umowy będziemy posiadać wszystkie aktualne dokumenty na okoliczność spełnienia ww. warunków. Zobowiązujemy się dostarczyć kopie w/w dokumentów na każde żądanie Zamawiającego;

10. Oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z zapytania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

11. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy na swój koszt i ryzyko.

12. **OŚWIADCZAMY**, że wybór naszej oferty\*:

**nie będzie** prowadzić u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 931 z późn. zm.)

**będzie prowadzić** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 931 poz. 685 z późn. zm.), wobec czego wskazujemy nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do obowiązku jego powstania oraz ich wartość bez kwoty podatku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwy (rodzaje) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego | Wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku | Stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

13. Oświadczam/y, że wzór umowy załącznik nr 2 do zapytania został przez Nas zaakceptowany i w przypadku wybrania Naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

14. Oświadczam/y, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia (w części dotyczącej analizatora) jest kompletny, gotowy do użytkowania, nie wymaga dodatkowych zakupów i inwestycji, pozbawiony jest wad technicznych i prawnych.

15. Oświadczamy, iż wartość dzierżawionej aparatury wynosi: ......................................... zł netto, ………………………. zł brutto;

16. Oświadczam/y, iż część zamówienia .................................... (wskazać jaką) powierzymy następującym podwykonawcom: …………….................. (podać nazwę firmy jeżeli jest znana) (*W przypadku nie powierzenia podwykonawcom żadnej części zamówienia należy wpisać „0”,„-„bądź pozostawić puste miejsce. W przypadku nie wypełnienia tego punktu oferty – przyjmuje się, iż Wykonawca nie zamierza powierzyć części zamówienia podwykonawcom.).*

17. Oświadczam/y, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).

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

 (podpis)

1. \* niepotrzebne skreślić.

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)
2. 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 (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty). [↑](#footnote-ref-2)