Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Tel: 012 658-20-11; fax 012 658-10-81

Regon 351375886 NIP 679-252-57-95

Kraków, 24.06.2016

EZP-271-2/68/2016/p-1

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę zestawów do diagnostyki inwazyjnych zakażeń grzybiczych i bakteryjnych wraz z dzierżawą sprzętu do wykonywania tych badań znak sprawy: EZP-271-2/68/2016 pismo 1

W związku z zapytaniami Wykonawców, Zamawiający wyjaśnia:

Pytanie 1

Czy Zamawiający wyraża zgodę na rozdzielenie pozycji nr 13 Tabeli asortymentowo-cenowej  *"Testy lateksowe do identyfikacji patogennych gronkowców i paciorkowców"* na dwie pozycje? Testy lateksowe dla gronkowców oraz paciorkowców są oddzielnie pakowane i posiadają różne numery katalogowe.

Prosimy również o podanie ilości opakowań jakie są wymagane dla gronkowców i paciorkowców (oddzielnie).

**Odpowiedź: Zamawiający rozdziela pozycje nr 13 i zmienia załącznik nr 3 do siwz – Formularz cenowy. W załączeniu poprawiony formularz cenowy**

Pytanie 2

Czy Zamawiający wyraża zgodę na dodanie do Tabeli asortymentowo-cenowej pozycji nr 15 celem kalkulacji czynszu dzierżawnego? W formularzu ofertowym brakuje miejsca, w którym Wykonawca mógłby wpisać wartość czynszu dzierżawnego.

**Odpowiedź: Zamawiający zmienił załącznik nr 3 do siwz i wpisał poz. czynsz dzierżawny. Zamawiający informuje, że wysokość czynszu dzierżawnego Wykonawca winien podać w formularzu ofertowym pkt. 9**

Pytanie 3

Prosimy o wyjaśnienie zapisu pod Tabela asortymentowo-cenową: *"UWAGA w poz. 6 proszę podać cenę jednostkową zestawu i cenę testu lateksowego" -* czy chodzi o pozycję 6 czy 7? Jeśli chodzi o pozycję 7 prosimy o wyjaśnienie w jaki sposób należy dokonać kalkulacji.

**Odpowiedź: Zamawiający omyłkowo wpisał poz. 6, uwaga dotyczy poz. 7 – zamawiający wymaga podania ceny całego zestawu, cen pojedynczych testów lateksowych które można kupować osobno i podanie ceny rozpuszczalnika.**

Pytanie 4

Czy Zamawiający wyraża zgodę na 30 dniowy termin płatności (dotyczy projektu umowy, par. 3) ?

**Odpowiedź: Zamawiający podtrzymuje zapisy siwz.**

W załączeniu poprawiony formularz ofertowy i cenowy

Pozostałe zapisy siwz pozostają bez zmian.

Niniejsze pismo zamieszczone zostaje na stronie internetowej bip.usdk

z upoważnienia Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

prof. dr hab. med. Krzysztof Fyderek

Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

Nazwa: ..........................................................................................................................................................

Siedziba: .....................................................kod...................................ul. .....................................................

Województwo:...............................................................................................................................................

Nr telefonu/fax: .............................................................................................................................................

http:// ..................................................... e-mail: ..........................................................................................

Nr NIP: ...................................................Nr REGON........................................................................................

## Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Siedziba: **30-663 Kraków, ul. Wielicka 265**

## Zobowiązania Wykonawcy:

1. Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na **dostawę zestawów do diagnostyki inwazyjnych zakażeń grzybiczych i bakteryjnych wraz z dzierżawą sprzętu do wykonywania tych badań** zobowiązujemy się dostarczyć przedmiot zamówienia, zgodnie z załączonym formularzem cenowym - zał. nr 3 do siwz za cenę brutto: ……………………………………………….PLN

2. Zamówienia będą realizowane przez okres **36 miesięcy** począwszy od dnia zawarcia umowy.

3. Termin niezmienności cen zestawów do diagnostyki inwazyjnych zakażeń grzybicznych i bakteryjnychpodanych w ofercie wynosi: ………………………………..

4. Termin dostawy odczynników .......................................... (**max 7 dni**) od daty złożenia zamówienia faksem.

5. Oświadczamy, że dostarczane odczynniki będą posiadały …………………… miesięczny terminem ważności w chwili dostawy do Zamawiającego oraz będą odpowiednio zabezpieczone na czas transportu.

6. Termin płatności: ………dni\* (min. 60 dni) od daty otrzymania towaru i prawidłowo wystawionej faktury.

7. Oświadczamy, że oddajemy w dzierżawę na okres 36 miesięcy, sprzęt ....................................................................... o wartości............................. nr seryjny................................rok produkcji.......................

8. Czynsz płacony będzie przez kolejne 36 miesięcy licząc od daty instalacji aparatu, na podstawie faktur wystawianych przez WYKONAWCĘ.

9. Czynsz dzierżawny płatny miesięcznie w wysokości …………………………..zł brutto, na podstawie faktury wystawionej na koniec miesiąca i dostarczonej do Zamawiającego do 10 dnia następnego miesiąca.

10. Termin zapłaty .................( min. 60 dni) po otrzymaniu faktury

11. Oświadczamy, że aparat spełnia wymagania jakościowe podane w załączniku nr 4 ( w załączeniu wypełniony i podpisany załącznik nr 4)

12. Oświadczamy że zapewnimy coroczny przegląd sprzętu wg procedur producenta.

13. Oświadczamy że aparaturę dostarczymy na własny koszt i ryzyko do siedziby Zamawiającego w terminie.................................................(max 4 tygodnie) i zamontujemy w miejscu wskazanym przez Zamawiającego. ( Pokryjemy wszystkie dodatkowe koszty związane z zamontowaniem aparatu w Pracowni Mikrobiologii)

14. Oświadczamy, że bezpłatnie przeszkolimy personel Zamawiającego w zakresie obsługi aparatury.

15. Oświadczamy, że w razie awarii przyrządów: Zgłoszenia awarii należy dokonać ..................................... (podać adres, tel./ fax, formę). Termin usunięcia usterek nie przekroczy...................................(max 72 godz.)

16. Oświadczamy, że oferowane przez nas w wyroby medyczne będące przedmiotem zamówienia są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w ustawie o wyrobach medycznych – dokumenty w załączeniu.

17. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.

18. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

19. Dostawy objęte zamówieniem wykonamy sami/ wykonanie następujących części zamówienia zamierzamy powierzyć podwykonawcom …………………………………………………………………………….\*\*).

20. Oświadczamy, że zawarte w siwz, istotne postanowienia umowy zastały przez nas zaakceptowane i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

21. Oświadczamy, że wybór naszej oferty:

będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w zakresie …………………………………………………………….(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania takiego obowiązku podatkowego), o wartości ……………………………………..zł netto (należy wskazać wartość tego towaru lub usługi bez kwoty podatku).\*\*)

nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*\*)

Dane do umowy:

|  |  |
| --- | --- |
| **a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy** | |
| **Imię i nazwisko** | **stanowisko** |
|  |  |
|  |  |
| **b) nr rachunku bankowego, na który realizowana będzie płatność za zrealizowane dostawy** | |
|  |  |

* + 1. Załącznikami do niniejszej oferty są:

Oświadczamy, że na stronach ............................................ oferty są zawarte informacje, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być one ogólnie udostępniane przez Zamawiającego.

*\*) w przypadku gdy Wykonawca nie wypełni miejsca wykropkowanego, Zamawiający przyjmie, że zaoferowany termin płatności wynosi 60 dni.*

*\*\*) niepotrzebne skreślić*

……................., dnia ……………

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

*(podpisy osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

Załącznik nr 3 do siwz

ZAMAWIAJĄCY: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków

Nazwa i adres Wykonawcy:.........................................................................................................

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa przedmiotu zamówienia | Nazwa handlowa przedmiotu zamówienia (jeżeli dotyczy)/Pełny  numer katalogowy | J/M. | Orient.  zużycie na okres 3 lat | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT  % | Wartość VAT | Wartość brutto | Producent |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | Zestaw do oznaczania obecności antygenu krążącego grzybów Aspergillus spp w surowicy oraz w próbkach popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych BAL metodą Elisa, majacy zastosowanie dla pacjentów dorosłych i pediatrycznych, o czułości co najmniej 1 ng/ml |  | zestawy | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw do oznaczania obecności przeciwciał anty – Aspergillus klasy IgG w osoczu lub surowicy ludzkiej metodą Elisa ( test ilościowy) |  | zestawy | 18 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Zestaw do oznaczania obecności antygenu krążącego grzybów Candida spp w osoczu lub surowicy ludzkiej ELISA (test ilościowy – liniowość testu zachowana przy stężeniach antygenu od 20 do 470 pg/ml) |  | zestawy | 48 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Zestaw do oznaczania obecności przeciwciał anty-Candida w klasach IgG/IgA/IgM, w osoczu lub surowicy ludzkiej metodą Elisa ( test ilościowy) |  | zestawy | 18 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Folia do ww. zestawów |  | Op. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Test lateksowy do wykrywania antygenów rozpuszczalnych Cryptococcus spp w surowicy, BAL, PMR i moczu |  | opak. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Test lateksowy do wykrywania antygenów rozpuszczalnych szczepów: Neisseria meningitidis gr. A, C, Y/W135, B/E.coli K1, Haemophilus influenzae typ B, Streptococcus pneumoniae oraz Streptococcus B (wraz z rozpuszczalnikiem )\* |  | opak. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Zestaw do oznaczania lekowrażliwości grzybów drożdżopodobnych metodą mikrorozcieńczeń (odczyt kolometryczny). Wymagane zbuforowane podłoże RPMI 1640; oznaczane leki: amfoterycyna B, 5-fluorocytozyna, flukonazol, itrakonazol, ketokonazol, mikonazol |  | zestawy | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Zestaw di diagnostyki zakażeń wywołanych przez Pneumocystis jiroveci metodą immunofluorescencji |  | Opak. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Płytki chromogenne do wykrywania szczepów Enterococcus o fenotypie VRE |  | płytki | 720 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Płytki chromogenne do grzybów |  | płytki | 720 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Płytki chromogenne do diagnostyki ZUM |  | płytki | 720 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Testy lateksowe do identyfikacji patogennych gronkowców |  | Op. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Testy lateksowe do identyfikacji patogennych paciorkowców |  | Op. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Test do badań przesiewowych w kierunku kiły (RPR) |  | zestawy | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Czynsz dzierżawny |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | RAZEM |  |  |  |  |  |

**Wymagane są wszystkie testy tego samego producenta**

**\* UWAGA w poz. 7 proszę podać cenę jednostkową zestawu i cenę testu lateksowego**

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

*miejscowość, data*   *podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*