Załącznik nr 2 do SIWZ

 FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Wykonawcy:

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

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

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

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

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

NIP: ...............................................................................

REGON..................................................................................................................................................

W odpowiedzi na ogłoszenie opublikowane w suplemencie Dziennika Urzędowego UE, a także pod adresem: bip.usdk.pl oraz w siedzibie Zamawiającego, składam ofertę w postępowaniu na **dostawę odczynników i materiałów kontrolnych do kontroli parametrów morfologii wraz z dzierżawą analizatora 5 DIFF na potrzeby Zakładu Immunologii Klinicznej Uniwersyteckiego Szpitala
Dziecięcego w Krakowie,** prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego o wartości poniżej wyrażonej w złotych równowartości kwoty 144 000,00 euro.

 **Zobowiązania Wykonawcy:**

 1. Oferuję realizację przedmiotu zamówienia za cenę : …………………….......zł brutto, (słownie:…………………………….) na którą
 składa się:

 ● dostawa odczynników i materiałów kontrolnych w kwocie …………………. zł brutto, (słownie: ………………………………)

 ● wartość czynszu dzierżawnego w kwocie …………………….zł brutto, (słownie: ……………………….) według stawki miesięcznej
 wynoszącej …………………..zł brutto.

 2.Zobowiązuję się do sukcesywnej realizacji przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem bieżących potrzeb
 Zamawiającego przez okres **48 miesięcy** od daty podpisania umowy, na podstawie jednostkowych zamówień
 składanych pisemnie lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

 3.Gwarantuję niezmienność cen jednostkowych netto przedmiotu zamówienia (odczynniki, materiały
 kontrolne) przez okres …………………….m-cy **(min. 12 miesięcy).**

 4.Oświadczam, że oferowane produkty będą posiadały optymalnie długi termin przydatności wynoszący
 ……… m-cy **(min. 5 miesięcy - odczynniki)** oraz ……….. m-cy **(materiały kontrolne-min. 2 m-ce)** od daty dostawy i będą
 odpowiednio zabezpieczone na czas transportu.

 5. Oświadczam, że dostarczymy przedmiot zamówienia do siedziby zamawiającego własnym transportem, na
 własny koszt i ryzyko w terminie: **…. dni** od daty złożonego zamówienia (**max. do 7 dni)** – **dotyczy odczynników.**

 6. Oświadczam, że termin rozpatrzenia reklamacji będzie wynosił …… dni od daty złożenia reklamacji **(max. 10 dni**).

 7.Oświadczam, że wymiana wadliwego przedmiotu zamówienia na wolny od wad nastąpi w terminie ……….. dni
 od rozpatrzenia reklamacji **(max. 5 dni).**

 8. Zgłoszenia reklamacji będą dokonywane w formie elektronicznej na adres e-mail: ……………………………………

 9. Akceptuję podany przez zamawiającego termin płatności, który wynosi …….. dni (min. 60 dni) od daty otrzymania przez
 Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

10. Oświadczam, że oddajemy w dzierżawę na okres **48 miesięcy** fabrycznie nowy aparat ……………………………………….

 o wartości ……………………… zł brutto, nr seryjny …………………, rok produkcji …………, wraz z mieszadłem rolkowym i drukarką
 zewnętrzną.

11. Czynsz dzierżawny za 1 m-c wynosi: wartość netto …………..zł, VAT% ……., wartość brutto ……….. zł.

12. Czynsz dzierżawny za 48 m-cy wynosi: wartość netto: ……………zł, VAT% …., wartość brutto ……….zł

13.Czynsz dzierżawny płacony będzie przez kolejne 48 miesięcy licząc od daty instalacji urządzenia,
 na podstawie faktur wystawianych przez Wykonawcę (wydzierżawiającego).

14. Czynsz dzierżawny jest płatny miesięcznie, na podstawie faktury wystawionej na koniec miesiąca
 i dostarczonej do Zamawiającego do 10 dnia następnego miesiąca , w terminie ……… dni (min. 60 dni)
 od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

15. Oświadczam, że ceny czynszu dzierżawnego podane w Zał. nr 3/1 do SIWZ będą stałe przez okres trwania umowy.

16. Oświadczam, że urządzenie posiada możliwość podłączenia do systemu informatycznego użytkownika.

17. Oświadczam, że **urządzenie** będące przedmiotem dzierżawy dostarczymy na własny koszt do siedziby Zamawiającego w terminie
 ………..dni **(max. 63 dni)** od daty podpisania umowy dokonamy bezpłatnego zainstalowania w miejscu wskazanym przez
Zamawiającego oraz wpięcia urządzenia do systemu komputerowego laboratorium zamiennie za obecnie używany analizator
hematologiczny, a także pokryjemy wszelkie dodatkowe koszty związane z zamontowaniem urządzenia.

18. Oświadczam, że akceptujemy warunki serwisu aparatu określone w §4 Istotnych postanowień umowy dzierżawy
 urządzenia (zał. nr 1A do SIWZ).

19. Oświadczam, że w razie awarii urządzenia, zgłoszenie awarii należy dokonać :

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

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

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

(podać nazwę firmy, dane teleadresowe, w tym wykaz osób do stałych kontaktów w dni robocze i świąteczne wraz z numerami telefonów).

20. Oświadczam, że czas telefonicznej reakcji serwisu na zgłoszenie wynosi ………… godz. (max. 4 godz.) od chwili
 zgłoszenia, w godz. 7-15 w dni robocze).

21. Oświadczam, że czas przystąpienia do naprawy nie przekroczy ……….godz. **(max. 24 godz.)** od chwili zgłoszenia,
 w dni robocze: poniedziałek-piątek.

22.Oświadczam, że czas naprawy nie przekroczy ………godzin od zgłoszenia.

23. Oświadczam, że bezpłatnie przeszkolimy personel Zamawiającego w zakresie obsługi urządzenia.

24. Oświadczam, że aparat …………………. spełnia wymagania jakościowe określone w **Zał. 3/2 do SIWZ** .

25. Oświadczam, że oferowane wyroby medyczne będące przedmiotem zamówienia są zgodne z wymaganiami
 określonymi w SIWZ oraz że są dopuszczone do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w ustawie
 z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017, poz. 211).

26. Zobowiązuję się do przedłożenia na każde żądanie Zamawiającego aktualnych dokumentów potwierdzających
 dopuszczenie oferowanego przedmiotu zamówienia do obrotu i używania na terenie Polski na zasadach określonych w przepisach
 ustawy z dnia 20 maja 2010r. – o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 211 z późn. zm.), jak również dokumentu
 potwierdzającego posiadanie przez urządzenie cech określonych w Tabeli nr 2 Zał. 3/2 do SIWZ.

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

 28. Pozostajemy związani niniejszą ofertą na czas wskazany w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

29. Oświadczam, że przedmiot zamówienia zrealizujemy bez udziału podwykonawców/ z udziałem następujących
 podwykonawców\*

………………………………. z siedzibą w ………………………………………………………………………………..

………………………………. z siedzibą w ……………………………………………………………………………….

w zakresie:

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

\*)niepotrzebne skreślić

30. Oświadczam, że akceptuję zawarte w specyfikacji, istotne postanowienia umowy i w przypadku wybrania naszej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

31. Oświadczam, 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\*\*)

 \*\*) zaznaczyć właściwe

 Dane do umowy:

 a) Osoba(y), które będą zawierały umowę ze strony wykonawcy:

 Imię i nazwisko stanowisko ………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 b) nr rachunku bankowego, na który zrealizowana będzie płatność za zrealizowane dostawy:

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

Oświadczam, 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.

 ………………………………. ………………………………………………………………………
 (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 3/1 do SIW**

 KALKULACJA CENOWA - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Nazwa Wykonawcy:.........................................................................................................

Adres Wykonawcy:...........................................................................................................

**Tabela nr 1 Odczynniki i materiały kontrolne do kontroli parametrów morfologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **Nazwa**  | **Nr katalogowy** | **Wielkość opakowania** | **Orientacyjna ilość testów na 48 m-cy**  | **Ilość opakowań testów**  | **Cena netto za 1 op.** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** |
| **Odczynniki** |
| 1. |  |  |  | **41 600** CBC + 5 DIFForaz **20 800** płynów  z jam ciała |  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Materiały kontrolne** |
| 6. |  |  |  | Nie dotyczy |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **RAZEM: poz. 1-8** |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Czynsz netto za 1-m-c** | **Wartość 48 m-cy** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto** |
| 9. | Czynsz dzierżawny |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **RAZEM:poz. 1-9** |  |  |  |  |

**Uwaga:
Odczynniki i materiały kontrolne są niezbędne do wykonania następujących badań:**

1) Morfologia CBC + 5DIFF na analizatorze hematologicznym 5 DIFF (do kontroli parametrów morfologii na dwóch poziomach dziennie)

2) Oznaczenie płynów z jam ciała na analizatorze 5 DIFF

3) Ilość badań tygodniowo (przez 5 dni w tygodniu) wynosi 60 – bez trybu dyżurowego, praca aparatu od 7.00 -15.00, w tym:

● Morfologia 5 DIFF– ok. 40 badań tygodniowo

● Oznaczanie płynów z jam ciała – ok. 20 badań tygodniowo

**Wymagany termin przydatności**:

● **odczynniki** – min. 5 m-cy od daty dostawy do Zamawiającego

● **materiały kontrolne –** najdłuższy możliwy termin przydatności (min. 2 m-ce od daty dostawy do Zamawiającego)

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

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej do reprezentacji wykonawcy