***Załącznik nr 2 do SIWZ***

***/ P I E C Z Ę Ć W Y K O N A W C Y /***

***OFERTA***

Nawiązując do ogłoszenia dotyczącego postepowania przetargowego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 135.000 Euro pn.:

**„Dostawa testów do wykrywania markerów wirusologicznych i kiłowych metodą chemiluminescencji tj. antygenu HBs z testem potwierdzenia, przeciwciał anty- HCV, anty- HIV 1 /2 i anty- Treponema pallidum wraz z materiałami zużywalnymi, kalibracyjnymi i kontrolnymi oraz dzierżawą dwóch analizatorów do wykonywania przedmiotowych testów w okresie 36 miesięcy dla Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu” – nr sprawy 16/P/2017**

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** .............................................................................................................

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

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .............................................................................................................

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

**3.Numer telefonu:** ...........................................................................................................................

**4.Numer faksu:** ...............................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** ...........................................................................................................

**6. NIP**…………………………………………………………………………………………………

**7. REGON**………………………………………………………………………………………………

**8.adres e-mail**……………………………………………………………………………………............

**9.adres strony internetowej:** ............................................................................................................

**10. Numer KRS…………………………………………………………………………………………**

**11**. **Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem1?**

TAK\* / NIE\*

\* ***niepotrzebnie skreślić***

1 Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

**Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

**Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

**Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**.

1. Składamy ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w SIWZ nr 16/P/2017 na d**ostawę testów do wykrywania markerów wirusologicznych i kiłowych metodą chemiluminescencji tj. antygenu HBs z testem potwierdzenia, przeciwciał anty- HCV, anty- HIV 1 /2 i anty- Treponema pallidum wraz z materiałami zużywalnymi, kalibracyjnymi i kontrolnymi oraz dzierżawą dwóch analizatorów do wykonywania przedmiotowych testów w okresie 36 miesięcy w ilości:**

**270 000 donacji**

**3000 badań kontrolnych dawców i innych wg potrzeb pracowni**

2. Cena jednostkowa przedmiotu zamówienia zaproponowana w ofercie przez nas jest ceną ostateczną i nie może ulec podwyższeniu.

3. Zaproponowany przedmiot zamówienia spełnia stosownie wszystkie wymagania opisane w SIWZ.

4. Oferowany przedmiot zamówienia:

**a) Cena całkowita brutto testów potrzebnych do przebadania 270 000 donacji oraz wykonania dodatkowo 3000 badań kontrolnych dawców i innych wg potrzeb pracowni:**

**TABELA A**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa**  **przedmiotu zamówienia**  **typ i producent** | **Ilość potrzebna**  **do przebadania**  **(270 000 donacji i 3000 badań)** | **Cena**  **jednostkowa**  **netto (w zł)** | **Wartość netto za**  **testy wirusologiczne**  **niezbędne do przebadania**  **(270 000 donacji i 3000 badań)** | **Wartość brutto za**  **testy wirusologiczne**  **niezbędne do przebadania**  **(270 000 donacji i 3000 badań)** |
| **1** | Testy HBsAg  Nazwa, Typ: ………………………..  Producent: ………………….  Nr katalogowy  ……………………. |  |  |  |  |
| **1a** | Test potwierdzenia HBsAg confirmatory  Nazwa, Typ: ………………………..  Producent: ………………….  Nr katalogowy  ……………………. |  |  |  |  |
| **2** | Testy HCV Ab  Nazwa, Typ: ………………………..  Producent: ………………….  Nr katalogowy  ……………………. |  |  |  |  |
| **3** | Testy HIV ½ Ab  Nazwa, Typ: ………………………..  Producent: ………………….  Nr katalogowy  ……………………. |  |  |  |  |
| **4** | Testy Treponema pallidum Ab  Nazwa, Typ: ………………………..  Producent: ………………….  Nr katalogowy  ……………………. |  |  |  |  |
| **razem** | | | |  |  |

**Podatek VAT……….%**

**b) Liczba sztuk testów w jednym opakowaniu**:

a) Testy HBsAg : . . . . . . . . . . . . . . . .

b) Testy potwierdzenia HBsAg confirmatory………………………….

c) Testy HCV Ab: . . . . . . . . . . . . . . . . .

d) Testy HIV 1/2 Ab: . . . . . . . . . . . . . . . . .

e) Testy Treponema pallidum AbP…………………………..

**c) Cena całkowita brutto za okres 36 miesięcznej dzierżawy analizatorów wraz z osprzętem:**

**TABELA B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena jednostkowa netto dzierżawy**  **w PLN** | **Ilość miesięcy** | **Ilość kompletów** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| Cena całkowita netto za okres 1 miesięcznej dzierżawy urządzeń o wydajności minimum 200 donacji każdym testem  (4 rodzaje testów) w ciągu 6 godzin  ………………………. | **36** | **2** | **………………………** | **……………………** |

**Podatek VAT……%**

**d) Zaoferowany analizator (2szt)**

|  |
| --- |
| **Nazwa, typ, model analizatora…………...............……………………………………….**  **Producent………………………………………………Data produkcji……………………**  **Analizator wraz z osprzętem spełnia/nie spełnia\* łącznie wszystkie warunki zawarte w SIWZ nr sprawy 16/P/2017**  \*niepotrzebne skreślić |
| **Nazwa, typ, model analizatora…………...............……………………………………….**  **Producent………………………………………………Data produkcji……………………**  **Analizator wraz z osprzętem spełnia/nie spełnia\* łącznie wszystkie warunki zawarte w SIWZ nr sprawy 16/P/2017**  \*niepotrzebne skreślić |

**e) Cena całkowita brutto materiałów zużywalnych, kalibracyjnych, kontrolnych potrzebnych do przebadania 270 000 donacji i wykonania dodatkowo 3000 badań:**

**TABELA C**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa / Rodzaj materiału zużywalnego,**  **kalibracyjnego, kontrolnego**  **Numer katalogowy** | | **Ilość potrzebna**  **do przebadania**  **(270 000 donacji i 3000 badań)** | **Wielkość opakowania/**  **Ilość pełnych opakowań** | **Cena**  **jednostkowa**  **netto (w zł) za opakowanie** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **1** | …………………. | |  |  |  |  |  |
| **2** | ……………………. | |  |  |  |  |  |
| **3** | ……………………. | |  |  |  |  |  |
| **4** | …………………. | |  |  |  |  |  |
| **5** | ……………………. | |  |  |  |  |  |
| **…** |  | |  |  |  |  |  |
|  | | **razem** | | | |  |  |

**Podatek VAT……….%**

**f) Do porównania ofert zostanie przyjęta: cena całkowita brutto testów potrzebnych do przebadania**

**270 000 donacji i 3000 badań kontrolnych dawców i innych wg potrzeb pracowni (RAZEM wartość brutto z tabeli A) + cena całkowita brutto za okres 36 miesięcznej dzierżawy urządzeń (RAZEM wartość brutto z tabeli B) + cena całkowita brutto materiałów zużywalnych, kalibracyjnych, kontrolnych potrzebnych do przebadania 270 000 donacji i 3000 badań kontrolnych dawców i innych wg potrzeb pracowni (RAZEM wartość brutto z tabeli C), która jest podana w rubryce RAZEM w tabeli D poniżej:**

**TABELA D**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WARTOŚĆ CAŁKOWITA**  **NETTO OFERTY** | **WARTOŚĆ CAŁKOWITA BRUTTO OFERTY** |
| **RAZEM z tabeli A** |  |  |
| **RAZEM z tabeli B** |  |  |
| **RAZEM z tabeli C** |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

**Cena całkowita brutto oferty – zgodnie z rubryka RAZEM powyżej – wynosi**

**……………………………………………………PLN**

**słownie: …………………………………………………………………………………………………**

**g) Cena badania jednej donacji wyliczona przez podzielenie ceny całkowitej netto oferty (TABELA D) przez liczbę 273 000 wynosi …………..PLN netto**

|  |
| --- |
| 5. Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, że wybór niniejszej oferty  a) nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*  b) będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług\*  Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył:  Poz……nazwa………………………………………………………o wartości netto……………………….  Poz……nazwa………………………………………………………o wartości netto………………………..  …..  Objętych przedmiotem zamówienia z tytułu:  -mechanizmu odwróconego obciążenia podatkiem VAT\*  -importu usług i towarów\*  -wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów\*  *\*niepotrzebne skreślić* |

5a. Wartość ewidencyjno-księgowa do celów ubezpieczeniowych

Analizator 1 wraz z wyposażeniem ……………………….

Analizator 2 wraz z wyposażeniem………………………..

**6.** **Oświadczenia niezbędne do uzyskania punktów w kryterium „opinia jakościowa”:**

Oświadczamy, **że posiadamy\*/nie posiadamy\*** opinię wydaną przez uprawniony organ potwierdzającą, że zaoferowane testy wykonywane na zaoferowanych analizatorach  mogą być używane w krwiodawstwie.

Wypełnić jeżeli wykonawca posiada:

Organ wydający opinię:…………………………………………………………..

Data wydania opinii:…………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

**7. Oświadczenia niezbędne do uzyskania punktów w kryterium „rozwiązania techniczne”:**

**7a**. Oświadczamy, że przy wykonywaniu oznaczeń na zaoferowanym analizatorze **wykorzystuje się\*/nie wykorzystuje się**\* sprzętu jednorazowego użytku (końcówki, igły, itp.) do pobierania surowicy/osocza do badań.

**7b.** Oświadczamy, że zaoferowane testy przeglądowe **będą**  dostarczane do Zamawiającego w opakowaniach zawierających **………..testów** w opakowaniu.

**7c.** Oświadczamy, że wszystkie zaoferowane kalibratory i kontrole firmowe **będą\*/nie będą\*** dostarczane w postaci płynnej, gotowe do użycia.

\*niepotrzebne skreślić

8. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ 16/P/2017 wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

9. Oświadczamy, że sposób reprezentacji Firmy dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………................................................................

10. Oświadczmy, iż korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust.3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dn. 29.01.2004 r. (tekst jednolity - Dz. U. z 2017 r., poz. 1579) zastrzegam, że informacje:

*(wymienić czego dotyczy)*

zawarte są w następujących dokumentach:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

na nsp. stronach w ofercie:

stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust.4 ustawy z dn. 16 kwietnia 1993 r. ,  *o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji* ( j. t. – Dz. U. z 2003 r, nr 153, poz. 1503 ze zm.) i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.

11. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie:

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(*proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu, adres e-mail do składania zamówień )*

12. Wszelkie przeglądy serwisowe i naprawy w okresie trwania dzierżawy będą wykonywane przez Wykonawcę za pośrednictwem autoryzowanego serwisu upoważnionego przez producenta tj.:

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

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

13 .Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

12. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

13.Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 16/P/2017, w zawartej umowie oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

14.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

…………………………………………………………………………………………………

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

15.Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach.

16. Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

*Załączniki:*

……………………………………………..

Data, podpis i pieczęć Wykonawcy