|  |
| --- |
| ***Załącznik nr 2 do SWZ*** |
| **FORMULARZ OFERTOWY** |

|  |
| --- |
|  **SPZZOZ w Gryficach** ul. Niechorska 27 72 – 300 Gryfice**OFERTA**W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w **trybie podstawowym** na podstawie art. 275 pkt 1) zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych **pn.****„Dzierżawa analizatorów parametrów krytycznych wraz z dostawą odczynników dla SPZZOZ w Gryficach”** |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: **………………..……………………...**Wykonawca/Wykonawcy: **..……………..………………………………………….……….……………………...………** Adres: **………………………………………………………………………………………………………..……..…….......****KRS nr ……………………………………………………………………………………………****NIP ………………………………………………………………………………………………..****WYKONAWCA jest mikroprzedsiębiorcą – tak** *□* **nie** *□***WYKONAWCA jest małym przedsiębiorstwem – tak** *□* **nie** *□***WYKONAWCA jest średnim przedsiębiorstwem – tak** *□* **nie** *□***WYKONAWCA prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą – tak** *□* **nie** *□***WYKONAWCA jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej – tak** *□* **nie** *□***WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej – tak** *□***nie** *□***WYKONAWCA pochodzi z innego państwa członkowskiego nie będącego członkiem Unii Europejskiej – tak** *□***nie** *□***● *Niepotrzebne skreślić, zaznaczyć tak lub nie X***Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: **.…………………………………………..………………………………………..**Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: faks **……………………………………………………………………………………………………………………………**e-mail **………………………………………………………………………ji o …………………………………………………………………………………………………**Adres do korespondencji *(jeżeli inny niż adres siedziby)*: **……………………………………………………….………………………..………………………………………………** |
| 1. **OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** (*należy wskazać dla którego pakietu została złożona oferta*)

**…………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| 1. **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:**

Niniejszym oferuję realizację przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*\*nia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ\*\*riumma w rozdziale III SIWZmacją o podstawie do dysponowania tymi osobami, konania zamówienia, a:1. Dzierżawa analizatorów parametrów krytycznych

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ ……….……………………………………………………………………………………****Model …….……………………………………………………………………………………****Producent …………………………………………………………………………………….****Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| Wartość dzierżawy **1** analizatora za **1** miesiąc |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |
| Wartość dzierżawy **1** analizatora za **36** miesięcy |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |
| Wartość dzierżawy **5** analizatorów za **1** miesiąc |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |
| Wartość dzierżawy **5** analizatorów za **36** miesięcy |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

**1.1** Analizator parametrów krytycznych - pomocniczy

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ ……….……………………………………………………………………………………****Model …….……………………………………………………………………………………****Producent …………………………………………………………………………………….****Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |

1. Dzierżawa analizatora do szybkich testów immunochemicznych

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ ……….……………………………………………………………………………………****Model …….……………………………………………………………………………………****Producent …………………………………………………………………………………….****Rok produkcji ….…………………………………………………………………………….** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** |
| Wartość dzierżawy analizatora za **1** miesiąc |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |
| Wartość dzierżawy analizatora za **36** miesięcy |  |  |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

1. Odczynniki potrzebne do wykonania oznaczeń parametrów krytycznych

**3.1 Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 43200 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

\*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”, podana ilość oznaczeń dotyczy 2 aparatów**3.2 Szpitalny Oddział Ratunkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 10800 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

\*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”**3.3 Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 10800 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

\*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”**3.4 Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 oznaczenia\*** | **Wartość oznaczeń\* brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa2+ (zakres pomiarowy cCa2+ od 0,1 mmol/L), cCl–, glukoza, mleczany, bilirubina, (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl) |  | 3600 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

\*dotyczy pakietu parametrów wyszczególnionych w rubryce „Nazwa parametru”1. Materiały zużywalne potrzebne do wykonania oznaczeń parametrów krytycznych

**4.1** **Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 43200 |  |  |  |  |
| 2 | Kontrole |  | 43200 |  |  |  |  |
| 3 | Papier do drukarki |  | 43200 |  |  |  |  |
| 4 | Inne materiały zużywalne |  | 43200 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

**4.2** **Szpitalny Oddział Ratunkowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 10800 |  |  |  |  |
| 2 | Kontrole |  | 10800 |  |  |  |  |
| 3 | Papier do drukarki |  | 10800 |  |  |  |  |
| 4 | Inne materiały zużywalne |  | 10800 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

**4.3** **Zachodniopomorskie Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 10800 |  |  |  |  |
| 2 | Kontrole |  | 10800 |  |  |  |  |
| 3 | Papier do drukarki |  | 10800 |  |  |  |  |
| 4 | Inne materiały zużywalne |  | 10800 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

**4.4** **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Kalibratory / odczynniki |  | 3600 |  |  |  |  |
| 2 | Kontrole |  | 3600 |  |  |  |  |
| 3 | Papier do drukarki |  | 3600 |  |  |  |  |
| 4 | Inne materiały zużywalne |  | 3600 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

1. Odczynniki potrzebne do wykonania szybkich testów immunochemicznych

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 oznaczenia** | **Wartość oznaczeń brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Troponina T |  | 6400 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

1. Materiały zużywalne potrzebne do wykonania szybkich testów immunochemicznych

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Nazwa handlowa Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na 36 miesięcy** | **Ilość oznaczeń z 1 opakowania** | **Ilość opakowań na 36 miesięcy** | **Cena jednostkowa brutto 1 opakowania** | **Wartość opakowań brutto na 36 miesięcy** |
| 1 | Pakiet odczynnikowy |  | 6400 |  |  |  |  |
| 2 | Kontrole i kalibratory |  | 6400 |  |  |  |  |
| 3 | Inne materiały zużywalne |  | 6400 |  |  |  |  |
| 4 | Papier do drukarki |  | 6400 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |
| **Słownie wartość brutto:** |

|  |
| --- |
| **WARTOŚĆ BRUTTO RAZEM – PKT. OD 1 DO 6 – ………………………………………… zł za 36 miesięcy****WARTOŚĆ BRUTTO SŁOWNIE – …………………………………………………………………………………….** |

\* **ŁĄCZNA CENA OFERTOWA** stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia zgodnie z niniejszą SWZ. |
| 1. **OŚWIADCZENIA:**
2. zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz ze wzorze umowy;
3. w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia;
4. zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte;
5. uważamy się za związanych niniejszą ofertą do dnia …………… licząc od dnia otwarcia ofert (włącznie z tym dniem);
6. akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia następować będzie częściami (na zasadach opisanych we wzorze umowy) w terminie **do 60 dni** od daty prawidłowo wystawionej faktury;
7. wadium w wysokości **– /nie żąda do sprawy 27/24/ PLN** (słownie: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ złotych**), zostało wniesione w dniu ..................................................., w formie: …..…….................................................;
8. prosimy o zwrot wadium (wniesionego w pieniądzu), na zasadach określonych w art. 98 ustawy PZP, na następujący rachunek: …...………………..............................................................................................;
 |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**
2. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
3. zobowiązujemy się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości **/nie żąda do sprawy 27/24/** ~~% ceny ofertowej brutto;~~
4. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest ........................................................................................................................................................................

e-mail: ………...……........………….…………………..……....….;tel./fax: .....................................................………………...……..;1. obowiązki Inspektora Ochrony Danych po stronie Podmiotu Przetwarzającego pełni:

imię i nazwisko: ………...……........………….…………………..……....….;e-mail: ………...……........………….…………………..……....….;nr tel.: .....................................................………………...……..;1. ........................................................................................................................................................................
 |
| 1. **SPIS TREŚCI:**

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................
3. .........................................................................................................................................................
4. .........................................................................................................................................................

Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach. |
| ……………………………………………………….*Miejscowość, data* | ......................................................................................*Podpis Wykonawcy* |