**Załącznik nr 3 do SWZ – Formularz ofertowy-ze zmianami**

.................................. dnia .......................

Wykonawca

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

działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy/ wykonawców występujących wspólnie\*:

(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy/ pełnomocnika wykonawców występujących wspólnie\*)

Nazwa wykonawcy: …......................................................................................................................

**KRS** wykonawcy: ……………………..............................................................................................

**NIP** wykonawcy: …...........................................................................................................................

**REGON** wykonawcy: …....................................................................................................................

Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów: ….............................................................................

adres wykonawcy: …..........................................................................................................................

kod pocztowy i miejscowość: ….......................................................................................................

województwo…..................................................................................................................................

telefon: …..........................................................

poczta elektroniczna (e-mail): …..............................................................................

przystępując do prowadzonego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie przetargu nieograniczonego na:

Dostawa testów wirusologicznych do wykrywania antygenu HBsAg z testami potwierdzenia ,przeciwciał anty-HCV, HIV Ag/Ab, testu do wykrywania przeciwciał przeciwko krętkowi blademu kiły ,oraz odczynników do jednoczesnego oznaczenia RNA HCV, RNA HIV i DNA HBV metodą biologii molekularnej w ilości 240 000 donacji w okresie 36 miesięcy wraz z aparaturą konieczną do w pełni automatycznego wykonania w /w badań oraz testów do oznaczania przeciwciał anty-HBs, anty-CMV w klasie IgM i w klasie IgG, wraz z podłączeniem aparatury do systemu komputerowego w RCKiK w Lublinie.

składamy niniejszą ofertę na wykonanie zamówienia i:

1. **Oświadczam/y**, że zapoznałem/liśmy się z wymaganiami Zamawiającego, dotyczącymi przedmiotu zamówienia, zamieszczonymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z załącznikami i nie wnoszę/wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń.
2. **Oferujemy** wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach przedstawionych w niniejszej ofercie za cenę:

Wartość całego zamówienia netto wynosi ………….( słownie)………………………………

wartość całego zamówienia brutto wynosi …………. (słownie) ………………………………

Wartość Vat wynosi ………………. (słownie) ………………………………………………………..…

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie:** | **Wartość brutto za całość** |
| **zamówienie podstawowe** | | |
| 1. | Cena odczynników do jednoczesnego badania materiału genetycznego wirusów:  DNA HBV, RNA HCV, RNA HIV w pulach osocza oraz materiałów zużywalnych i kontrolnych, niezbędnych do automatycznego przebadania 240000 donacji dla wirusów HBV, HCV, HIV  oraz materiałów zużywalnych, odczynników do rozcieńczeń, eksploatacyjnych oraz kontrolnych wewnętrznych i zewnętrznych |  |
| 2. | Cena testów jakościowych do wykrywania markerów wirusologicznych przenoszonych drogą krwi oraz kiły metodą chemiluminescencji/ elektrochemiluminescencji w próbkach osocza/surowicy krwiodawców tj. testy wirusologiczne:   1. testy HBsAg z testami potwierdzenia, 2. testy wirusologiczne anty-HCV, 3. testy wirusologiczne anty-HIV 1+2 i antygen 4. testy kiłowe w kierunku wykrycia przeciwciał przeciwko Treponema pallidum 5. testów do diagnostyki w próbkach osocza/surowicy przeciwciał anty-HBs metodą ilościową, 6. testów do diagnostyki w próbkach osocza/surowicy krwiodawców przeciwciał anty-CMV w klasie IgM (metodą jakościową ) oraz przeciwciał anty-CMV w klasie IgG ( metodą ilościową),   oraz materiałów zużywalnych, odczynników do rozcieńczeń, eksploatacyjnych oraz kontrolnych wewnętrznych i zewnętrznych wraz z dla 240 000 donacji ( testy z pozycji a), b), c), i d)) oraz dla 200 donacji w zakresie anty-HBs ( testy z pozycji e)) i 2625 donacji w zakresie anty-CMV IgM i 2625 donacji w zakresie anty-CMV IgG ( testy z pozycji f)) |  |
| 3. | Cena czynszu dzierżawnego za niezbędną aparaturę i aparaturę back-up w okresie 36 miesięcy. |  |
| Suma zamówienia podstawowego (poz. 1 – 3) | |  |
| **zamówienie z tytułu prawa opcji** | | |
| 4. | Cena odczynników do jednoczesnego badania materiału genetycznego wirusów:  DNA HBV, RNA HCV, RNA HIV w pulach osocza oraz materiałów zużywalnych i kontrolnych, niezbędnych do automatycznego przebadania 80 000 donacji dla wirusów HBV, HCV, HIV |  |
| 5. | Cena testów jakościowych do wykrywania markerów wirusologicznych przenoszonych drogą krwi oraz kiły metodą chemiluminescencji/ elektrochemiluminescencji w próbkach osocza/surowicy krwiodawców tj. testy wirusologiczne:  a) testy HBsAg z testami potwierdzenia,  b) testy wirusologiczne anty-HCV,  c) testy wirusologiczne anty-HIV 1+2 i antygen  d) testy kiłowe w kierunku wykrycia przeciwciał przeciwko Treponema pallidum  e) testów do diagnostyki w próbkach osocza/surowicy przeciwciał anty-HBs metodą ilościową,  f) testów do diagnostyki w próbkach osocza/surowicy krwiodawców przeciwciał anty-CMV w klasie IgM (metodą jakościową ) oraz przeciwciał anty-CMV w klasie IgG ( metodą ilościową),  oraz materiałów zużywalnych, odczynników do rozcieńczeń, eksploatacyjnych oraz kontrolnych wewnętrznych i zewnętrznych do wykonywania badań dla 80000 donacji ( testy z pozycji a), b), c), i d)) oraz dla 200 donacji w zakresie anty-HBs ( testy z pozycji e)) i 875 donacji w zakresie anty-CMV IgM i 875 donacji w zakresie anty-CMV IgG ( testy z pozycji f)), w okresie 12 miesięcy. |  |
| 6. | Cena czynszu dzierżawnego za niezbędną aparaturę i back-up w okresie 12 miesięcy. |  |
| *Suma zamówienia z tytułu prawa opcji (poz. 4 – 6)* | |  |

1. lista niezbędnych odczynników, kontroli/kalibratorów, materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych wraz z podaniem ich nazw, terminów ważności zamkniętych opakowań - do założonej ilości badań zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia z podziałem na badania do biologii molekularnej i badania serologiczne (listę sporządza Wykonawca)

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

Do ustalenia wartości zamówienia brana jest pod uwagę tylko i wyłącznie kwota brutto.

1. **Informacja o cenach jednostkowych**
   1. **Zamówienie podstawowe:**
2. Cena brutto zwolnienia jednej donacji przy zwolnieniach w puli składającej się z ……. donacji dla *DNA HBV, RNA HCV, RNA HIV* ………
3. Cena zwolnienia jednej donacji dla testów anti-HCV anty-Treponema pallidum, HBsAg (wraz z testem potwierdzenia), anty-HIV ½ : netto ………………….,VAT…%, brutto:……………………
4. Cena jednego badania w kierunku anty-HCV : netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
5. Cena jednego badania w kierunku anty-Treponema pallidum: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
6. Cena jednego badania w kierunku HBsAg: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
7. Cena jednego badania w kierunku HBsAg (wraz z testem potwierdzenia): netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….
8. Cena jednego badania w kierunku anty-HIV 1/2: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
9. Cena jednego badania w kierunku anty-HBs: netto ……….…………,VAT ...% ,brutto:………..…….…
10. Cena jednego badania w kierunku anty-CMV klasa IgG: netto ……………,VAT ...% ,brutto:……..…
11. Cena jednego badania w kierunku anty-CMV klasa IgM: netto ……………,VAT ...% ,brutto:……..…
12. Cena brutto czynszu dzierżawnego całej aparatury za 1 miesiąc brutto: ………
    1. **Zamówienie z tytułu prawa opcji:**
13. Cena brutto zwolnienia jednej donacji przy zwolnieniach w puli składającej się z ……. donacji dla *DNA HBV, RNA HCV, RNA HIV* ………
14. Cena zwolnienia jednej donacji dla testów anti-HCV anty-Treponema pallidum, HBsAg (wraz z testem potwierdzenia), anty-HIV ½ : netto ………………….,VAT…%, brutto:……………………
15. Cena jednego badania w kierunku anty-HCV : netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
16. Cena jednego badania w kierunku anty-Treponema pallidum: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
17. Cena jednego badania w kierunku HBsAg: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
18. Cena jednego badania w kierunku HBsAg (wraz z testem potwierdzenia): netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….
19. Cena jednego badania w kierunku anty-HIV 1/2: netto ……………,VAT ...% ,brutto:…….….……
20. Cena jednego badania w kierunku anty-HBs: netto ……….…………,VAT ...% ,brutto:………..…….…
21. Cena jednego badania w kierunku anty-CMV klasa IgG: netto ……………,VAT ...% ,brutto:……..…
22. Cena jednego badania w kierunku anty-CMV klasa IgM: netto ……………,VAT ...% ,brutto:……..…
23. Cena brutto czynszu dzierżawnego całej aparatury za 1 miesiąc brutto: ………
    1. **Oferujemy w dzierżawę:**

**Aparaturę FABRYCZNIE NOWĄ/ UŻYWANĄ do wykonywania oznaczeń przy użyciu wszystkich zamawianych testów\*:**

1. Model: ............................ ., Producent: .............................,   
   Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................
2. Model: ............................ ., Producent: .............................,

Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................

1. Model: ............................ ., Producent: .............................,   
   Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................
2. Model: ............................ ., Producent: .............................,

Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................

5.Model: ............................ ., Producent: .............................,

Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................

1. Model: ............................ ., Producent: .............................,

Kraj pochodzenia: ............................, Rok produkcji:.................................

1. ………………………………… \*(….. Wypełnia Wykonawca )
2. **Oferowane: parametry jakościowe: (kryterium oceny ofert)**
3. Badania serologiczne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Parametry punkowe | Sposób oceny | **Wypełnia Wykonawca\*** |
| 1. | System oceny prawidłowego rozpipetowania próbki badanej i odczynników. Flagowanie w przypadku wystąpienia wartości zakłócających wynik badania | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 2. | Zastosowanie końcówek jednorazowych do materiału badanego w proponowanym analizatorze. | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 3. | Wymagana kalibracja testów nie częściej niż przy zmianie serii odczynnika lub po nieprawidłowym wyniku kontroli jakości. | Tak – 3 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 4. | Dla wszystkich testów wyniki muszą być jednoznacznie interpretowane w pierwszym powtórzeniu wynik jednoznacznie ujemny lub dodatni w oparciu o wyznaczony punkt cut-off bez podawania wartości granicznych tzw. szarej strefy | Tak – 2 pkt  Nie – 0 pkt |  |
| 5. | Czas oznaczania dla donacji 4 parametrów: HBsAg, anty-HCV, HIVAg/Ab, anty-Treponema pallidum | do 30 minut – 5 pkt  ponad 30 minut – 0 pkt |  |

1. Badania molekularne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | czułość zaoferowanej metody w IU/ml przy 95% LOD dla DNA HBV  w odniesieniu do wielkości puli | Czułość najwyższa – 2 pkt  pozostałe – 0 pkt |  |
| 2. | czułość zaoferowanej metody w IU/ml przy 95% LOD dla RNA HIV-1  w odniesieniu do wielkości puli | Czułość najwyższa – 2 pkt  pozostałe – 0 pkt |  |
| 3. | czułość zaoferowanej metody w IU/ml przy 95% LOD dla RNA HCV  w odniesieniu do wielkości puli | Czułość najwyższa – 2 pkt  pozostałe – 0 pkt |  |
| 4. | bezpośrednia identyfikacja wirusa - przedstawienie dokumentacji potwierdzającej, że oferowany test umożliwia bezpośrednią identyfikację poszczególnych wirusów, bez konieczności wykonywania dodatkowych testów różnicujących. | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 5. | Odczynniki gotowe do użycia bez konieczności rozmrażania, rozpuszczania, przelewania bądź mieszania | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 6. | Odczynniki z wewnętrznym, enzymatycznym systemem zabezpieczenia przed kontaminacją | TAK – 4 pkt  NIE – 0 pkt |  |

**7.Oświadczam/y**, że w ww. podanej cenie uwzględniliśmy wszelkie koszty niezbędne do  pełnej   
i terminowej realizacji zamówienia, zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w  Specyfikacji Warunków Zamówienia i projektowanych postanowieniach umowy.

**8.Oświadczam/y**, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia ………………………..

**9.Oświadczam/y**, że w razie wybrania naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do  podpisania umowy na warunkach określonych w projektowanych postanowieniach umowy.

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

**11. Oświadczam/y**, że zamierzamy powierzyć realizację następujących części zamówienia podwykonawcom\*\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Część zamówienia powierzona do realizacji podwykonawcy*** | ***Nazwa/firma podwykonawcy*** |
|  |  |  |

Zarejestrowane nazwy i adresy wykonawców występujących wspólnie\*\*: ………………………………………………………………………………………………………

**12.Oświadczam/y**, że wybór oferty prowadzi/nie prowadzi do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

* 1. Nazwa towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego:

……………..………………………………………………………………………………

* 1. Wartość towaru lub usługi bez kwoty podatku VAT:

……………..………………………………………………………………………………

**13.Czy Wykonawca** jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem?

□ Tak

□ Nie

(właściwe zaznaczyć)

Załącznikami do niniejszego formularza, stanowiącymi integralną część oferty, są:

1) ……………………………………………………………………………………….

2) ……………………………………………………………………………………….

……………………. Dnia ……………..r.

***Informacja dla Wykonawcy:***

*Formularz ofertowy (oraz Załączniki do niniejszego formularza) musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem(ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.*

*\*niepotrzebne skreślić*

*\*\*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 Wykonawca nie składa oświadczenia (usunięcie treści oświadczenia następuje np. przez jego wykreślenie).*

1. 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)