**FORMULARZ OFERTY**

**Nazwa wykonawcy………………………………………………………..……………………………**

**Adres Wykonawcy………………………………………………………………….…………………**

**TEL……………………… FAX……………………….……… E-MAIL……………………..……**

**NIP……………………………………………. REGON……………………………………………..**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-3/ZO/2019 na **dostawę odczynników do badań immunologicznych wraz dzierżawą aparatu dla potrzeb** **Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia

za cenę …………...............................................................................................................złotych netto plus podatek VAT w wysokości ………………………………………………………………..złotych razem ……………………………………………………………………………………...złotych brutto

**2.** Dostawę towaru stanowiącą przedmiot zamówienia zrealizujemy własnym środkiem transportu,
na swój koszt i odpowiedzialność.

**3.** Oświadczam, że asortyment, na który została złożona niniejsza oferta posiada aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zobowiązuję się do ich okazania na każde żądanie zamawiającego

**4.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EZ-3/ZO/2019

 wraz z załącznikami 1-2, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

**5**.Oświadczamy , że analizator, na który została złożona oferta spełnia wymagania opisane w załączniku nr 1 do zapytania ofertowego WSZ-EP-3/ZO/2019

**6**. Oświadczamy , że oferta jest ważna do momentu podpisania umowy z wybranym wykonawcą.

**7.** Ponadto do oferty dołączono: (wypełnić o ile dotyczy)

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**8.** Oferta została złożona na.......... ponumerowanych i podpisanych stronach.

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

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

Miejscowość………….............,data........................................

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Nazwa wykonawcy**………………………………………………………..………………………………………………………………………….………

**Adres Wykonawcy**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za ceny:

**Pakiet 1 Dzierżawa analizatora do badań immunologicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  | czas trwania dzierżawy | **Sposób płatności czynszu** | **Cena netto** **w zł** **za 1 m-c.** | **Wartość netto****w zł** | **Podatek VAT** **% i zł** | **Wartość brutto****w zł** |
| 1. | Dzierżawa analizatora | **18 miesięcy od dnia dostawy** |  miesięcznie |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

**Wymagania dotyczące dzierżawy analizatora immunologicznego**

**Analizator:**

* wyprodukowany nie wcześniej niż w roku ……...
* Zautomatyzowany z wykluczeniem ryzyka kontaminacji.
* Możliwość wykonania zarówno pojedynczych badań, jak i oznaczenia różnych parametrów w tym samym czasie dla 1 pacjenta.
* Zestawy odczynników gotowe do użycia.
* Zestawy odczynników ( w tym kalibratory i kontrole ) pochodzące od jednego producenta.
* Oprogramowanie w języku polskim.
* Nieodpłatna aktualizacja oprogramowania w trakcie trwania umowy.
* Wewnętrzna baza danych wyników pacjentów.
* Aparat wyposażony w urządzenie podtrzymujące pracę przez minimum 20 min. w przypadku przerwy w dostawie prądu.
* Posiada wymagane prawem dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski.
* Dostarczenie pełnej instrukcji obsługi aparatu w języku polskim wraz z aparatem.

**Pakiet 2 Odczynniki do badań immunologicznych do dzierżawionego analizatora**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa testu | **Maksymalna****ilość testów****na 18 miesięcy** | **Cena jednego badania netto** **w zł**  | **Wartość netto****w zł** | **Podatek VAT** **% i zł** | **Wartość brutto****w zł** | **Nazwa testu** | **Numer katalogowy/ ilość szt w opakowaniu** |
| 1. | IV generacji test skriningowy do wykrywania zakażenia wirusem **HIV** oparty na łącznym wykrywaniu przeciwciał anty HIV 1, anty HIV2 oraz antygenu p24 wirusa HIV1 w surowicy | **1320** |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **180** |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **240** |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **750** |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **600** |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie** | **1050** |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie**  | **780** |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato  | **240** |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato  | **240** |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania całkowitego miana przeciwciał **klasy IgE** w surowicy ludzkiej | **240** |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Automatyczny test do kontroli poprawności oznaczeń  | **180** |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  | ---------------- | ------------------------- |

Minimalny termin ważności zestawów odczynnikowych w poz. 2 oraz 4-7 wynosi 4 miesiące w pozostałych - 6 miesięcy od dnia dostawy.

**II.** Podane wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość…………...................................., data.......................................... | Podpis i pieczęć osoby uprawnionej ………………………………………….. |
|  |  |