**FORMULARZ OFERTY**

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

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

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

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

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe nr WSZ-EP-9/ZO/2017 na **dostawę odczynników do badań immunologicznych wraz dzierżawą aparatu dla potrzeb** **Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie**

**1.** Oferujemy wykonanie zamówienia

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

słownie ............................................................................................................................. złotych brutto

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

**4.** Okres ważności na oferowany asortyment wynosi:……………………………………………….

**5.** 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

 **6.** Warunki realizacji zamówienia zostały opisane w zapytaniu ofertowym nr WSZ-EZ-9/ZO/2017

 wraz z załącznikami 1-3, z którymi wykonawca zapoznał się i zaakceptował je w całości.

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

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

1/……………………………………………………………….

2/……………………………………………………………….

**9.** 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 | **24 miesiące od dnia dostawy** |  miesięcznie |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |

**Dostawa i serwis:**

* Dostawa aparatu do laboratorium wskazanego przez Zamawiającego w terminie do 3 tyg. od dnia zawarcia umowy.
* Instalacja i aktualny przegląd techniczny.
* Wykonawca udzieli gwarancji na cały okres dzierżawy aparatu - bieg terminu gwarancji rozpoczyna się z dniem podpisania Protokołu odbioru końcowego.
* W ramach gwarancji wykonawca zobowiązuje się do bezpłatnych przeglądów i napraw wraz z częściami zamiennymi przez cały okres trwania umowy.
* Wykonawca gwarantuje rozpoczęcie naprawy w terminie nie dłuższym niż 72 godz. dni roboczych od otrzymania zgłoszenia awarii.
* W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy aparat zastępczy o takich samych parametrach.
* W przypadku trzykrotnej awarii tego samego podzespołu wykonawca wymieni wadliwy aparat na nowy.
* Wykonawca gwarantuje w razie potrzeby możliwość rozbudowy aparatu o następny moduł inkubacyjny lub wymianę aparatu na większy .
* Demontaż i odbiór dzierżawionego aparatu w przeciągu 4 tygodni po upływie terminu umowy.

**Szkolenie:**

* Bezpłatne szkolenie dla personelu laboratorium z obsługi aparatu i doradztwo w terminie uzgodnionym z Zamawiającym
* Wizyta serwisu merytorycznego po miesiącu pracy

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Nazwa własna ……………………..…………………………………………………………………..**

**Oferowany model/typ …………………………………………………………………………………**

**Producent ………………………………………………………………………………………………**

**Analizator (maksymalnie 3letni )** …………………………………………letni

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Oświadczenie spełnienia parametru (tak/nie)** |
| 1 | Zautomatyzowany z wykluczeniem ryzyka kontaminacji. | tak |   |
| 2 | Możliwość wykonania zarówno pojedynczych badań, jak i oznaczenia różnych parametrów w tym samym czasie dla 1 pacjenta. | tak |   |
| 3 | Zestawy odczynników gotowe do użycia. | tak |   |
| 4 | Zestawy odczynników ( w tym kalibratory i kontrole ) pochodzące od jednego producenta. | tak |   |
| 5 | Oprogramowanie w języku polskim. | tak |   |
| 6 | Nieodpłatna aktualizacja oprogramowania w trakcie trwania umowy. | tak |   |
| 7 | Wewnętrzna baza danych wyników pacjentów.  | tak |   |
| 8 | Aparat wyposażony w urządzenie podtrzymujące pracę przez minimum 20 min. w przypadku przerwy w dostawie prądu. | tak |   |
| 9 | Posiada wymagane prawem dopuszczenie do obrotu i stosowania na terenie Polski. | tak |   |
| 10 | Dostarczenie pełnej instrukcji obsługi aparatu w języku polskim wraz z aparatem. | tak |   |

Uwaga! W kolumnie „Parametry wymagane” – TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi powoduje odrzucenie oferty.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa testu | **Szacunkowa** **ilość testów****na 2 lata** | **Cena jednego badania netto** **w zł**  | **Wartość netto****w zł** | **Podatek VAT** **% i zł** | **Wartość brutto****w zł** | **Nazwa testu** | **Numer katalogowy** |
| 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 | **1500** |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **240** |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **różyczki** | **300** |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **780** |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko wirusowi **cytomegalii** | **840** |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie** | **1320** |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **toksoplazmozie**  | **1320** |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgM** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato  | **360** |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Immunoenzymatyczny test do wykrywania przeciwciał w **klasie IgG** w surowicy przeciwko **Borrelia burgdorferi** sensu lato  | **360** |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Immunoenzymatyczny test do ilościowego oznaczania całkowitego miana przeciwciał **klasy IgE** w surowicy ludzkiej | **360** |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Automatyczny test do kontroli poprawności oznaczeń  | **240** |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  | ---------------- | ------------------------- |

Minimalny termin ważności zestawów odczynnikowych -nim 4-7 miesięcy

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

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