***zał. nr 1 do zaproszenia do składania ofert***

**KALKULACJA CENOWA DO OFERTY**

**Tabela nr 1: Lista odczynników do badań immunochemicznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Odczynniki do badań wraz z kalibratorami i materiałami kontrolnymi** | **Ilość testów na 12 miesięcy** | **Ilość testów w opakowaniu** | **Cena jednego testu netto** | **Wartość netto** | **VAT**  **stawka %**  **kwota** | **Wartość brutto** | **Oferowany produkt, nazwa producenta, nr katalogowy** |
|  | TSH,III generacji | 6000 |  |  |  |  |  |  |
|  | FT3 | 1800 |  |  |  |  |  |  |
|  | FT4 | 3000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Anty TPO | 600 |  |  |  |  |  |  |
|  | Anty TG | 480 |  |  |  |  |  |  |
|  | IgE całkowite | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  | D-dimery | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | Troponina | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | NTproBNP | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | HBsAg | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | AntyHbs | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  | Witamina D 25OH total | 240 |  |  |  |  |  |  |
|  | AntyHCV | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | |  |  |  |  |

Oferta obejmuje komplet materiałów kontrolnych i kalibratorów oraz innych materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonywania badań immunochemicznych.

**……………………………………..**

**(podpis Wykonawcy)**

Tabela nr 2:

1. Wymagania dotyczące analizatora **w tym warunki dzierżawy/dostaw/serwisu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane parametry | Wymóg | Odpowiedź wykonawcy TAK/NIEoraz oferowane parametry |
| 1 | Analizator nowy lub używany, nie starszy niż 2010r., po pełnym przeglądzie | Tak |  |
| 2 | Analizator na min. 30 miejsc pomiarowych | Tak |  |
| 3 | Kabel komunikacyjny pomiędzy urządzeniem a komputerem w celu integracji z laboratoryjnym systemem informatycznym MARCEL | Tak |  |
| 4 | Deklaracja zgodności CE dla aparatu i odczynników | Tak |  |
| 5 | Brak codziennych czynności myjąco-konserwujących | Tak |  |
| 6 | Czytnik kodów kreskowych | Tak |  |
| 7 | Moduł kontroli jakości | Tak |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w wersji papierowej w języku polskim | Tak |  |
| 10 | Graficzne przedstawienie krzywych kalibracyjnych | Tak |  |
| 12 | Możliwość codziennego wykonywania pojedynczych testów na bieżąco bez ponoszenia dodatkowych kosztów na kontrolę i kalibrację | Tak |  |
| 13 | Wykonanie oznaczenia dla troponiny w czasie nie dłuższym niż 30 minut | Tak |  |
| 14 | Wizyta serwisu merytorycznego firmy po pierwszym miesiącu pracy analizatora u Zamawiającego | Tak |  |
| 15 | Nieodpłatne szkolenie personelu z zakresu obsługi  i użytkowania aparatu w miejscu instalacji po jego zainstalowaniu | Tak |  |
| 16 | Zapewnienie nieodpłatnego serwisu wraz z częściami eksploatacyjnymi aparatu podlegającymi okresowej wymianie w całym okresie trwania umowy | Tak |  |
| 17 | Zapewnienie na czas naprawy przekraczającej 3 dni (licząc od daty zgłoszenia) urządzenia zastępczego umożliwiającego utrzymanie ciągłości pracy | Tak |  |
| 18 | Czas reakcji serwisu w dni robocze max. 24 h | Tak |  |
| 19 | Dzierżawa na okres 12 miesięcy | Tak |  |

***………………………………….***

***(podpis Wykonawcy)***

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert na dzierżawę analizatora wraz z odczynnikami, kompletem materiałów kontrolnych i kalibratorów oraz innymi materiałami eksploatacyjnymi niezbędnymi do wykonywania badań immunochemicznych na potrzeby Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” w Zakopanem, znak postępowania **A.ZP.24-5/18** składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za całość dostawy** :………………………………………………………. zł

Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł

**Cena brutto za całość dostawy** : …………………………………………………… zł

( słownie: ……………………………………………………………………… zł)

Na powyższą cenę składają się następujące kwoty ( 1+2):

1) Cena netto za całość dostawy …………………………………… zł

Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł

Cena brutto za całość dostawy: ……………………………………… zł

Cena powyższa została obliczona na podstawie kalkulacji stanowiącej *załącznik nr 1, tabela nr 1* do zaproszenia.

2) czynsz dzierżawny **1 aparatu** za cały okres realizacji umowy tj. 12 miesięcy od instalacji aparatu:

czynsz dzierżawny netto: ……………………………………….zł

Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. Zł

czynsz dzierżawny brutto: ……………………………………….zł

( słownie: …………………………………………………………………………… zł)

czynsz dzierżawny za miesiąc

netto: ………………………………. zł

brutto: ……………………………………… zł

Nazwa oferowanego aparatu, typ, model: …………………………………………………………………………..………………

Nazwa producenta: …………………………………………………………………….

rok produkcji:…………………………………………………………………………..

Powyższa cena czynszu dzierżawnego uwzględnia w szczególności koszty kontroli jakości pracy aparatu zalecane przez producenta, dostawy, instalacji i uruchomienia aparatu jak również koszty związane z serwisowaniem przedmiotu zamówienia w tym m.in. dostawy części zużywalnych aparatu wymaganych do prawidłowej eksploatacji aparatu w okresie trwania umowy.

Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

Oświadczam(y), że oferowany aparat spełnia wszystkie wymagania zamawiającego.

Oświadczam(y), że dzierżawiony aparat dostarczę(my) i zainstaluję(my) w terminie **do 14.06.2018 r.**

Oświadczam(y), iż dostawy będę(my) świadczyć sukcesywnie w terminie: 12 miesięcy od daty instalacji aparatu.

Oświadczam(y), że gwarantuję(my) odpowiednio długi okres ważności dostarczanych produktów (min. 6 miesięcy, a dla odczynnika HBsAg, AntyHCV min. 5 miesięcy), liczony od dnia dostawy. ). Otwarcie opakowania roboczego nie powoduje skrócenia terminu jego ważności.

Oświadczamy(y), że karty charakterystyk oferowanych produktów które zawierają substancje niebezpieczne sporządzone zgodnie z aktualnymi wymogami przepisów ochrony środowiska oraz instrukcje stosowania są dostępne/ nie są dostępne\* na stronie internetowej …………………………………. (*wpisać adres strony internetowej*)

Oświadczamy(y), że zgodnie z zaleceniami producenta testy kontrolne aparatu należy przeprowadzać ……………………………………….... ( podać częstotliwość)

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21 dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez zamawiającego.

Oświadczam(y), iż zapoznałem(liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam(y), że posiadam(y) niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om) następujący zakres rzeczowy\*: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………………….

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

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

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*