ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ

**OFERTA**

1. Dane Wykonawcy:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | ............................................................................................................................... |
| Adres Wykonawcy: | ............................................................................................................................... |
| KRS lub inny organ rejestrowy: | ................................................................................................................................ |
| NIP, REGON | ............................................................................................................................... |
| Wielkość przedsiębiorstwa | 1. mikroprzedsiębiorstwo; 2. małe przedsiębiorstwo; 3. średnie przedsiębiorstwo; 4.żadne z powyższych. (właściwe podkreślić) |
| Osoby upoważniona do kontaktu | Imię i nazwisko …......................................; Tel. ............................... Adres skrzynki ePUAP.................. Adres e-mail:....................... |
| Nr rachunku bankowego: | ................................................................................................................................ |

1. Oferuję dostawę, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ODCZYNNIKI WRAZ Z DZIERŻAWĄ OTWARTEGO SYSTEMU DO BARWIEŃ IHC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. DZIERŻAWA SPRZĘTU DO WYKONYWANIA BADAŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Przedmiot zamówienia | | Nazwa, Producent, typ, nr kat. | Ilość | | Czynsz netto za 1 m-c | | | Czynsz brutto za 1 m-c | | | VATw (%) | | | Czynsz netto za 36 m-cy | | | Czynsz brutto za 36 m-cy | | | |
| Dzierżawa sprzętu do wykonywania badań immunohistochemicznych wraz z oprogramowaniem i osprzętem | |  | 1 szt. | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| Wartość księgowa sprzętu ............................ netto ............................ brutto (niezbędna do ubezpieczenia sprzętu na czas trwania umowy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ODCZYNNIKI DO BADAŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp | Przedmiot zamówienia | Producent, typ, nr kat. | | Jednostka miary | Ilość | | Cena jedn.netto | | | VATw (%) | | Cena jedn. brutto | | | | Cena netto | | | Cena brutto | |
| Przeciwciała i odczynniki do badań immunohistochemicznych wystarczające na oznaczenie 15000 markerów w ciągu 36 miesięcy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Dowolne przeciwciało do wyboru z poniższej listy: |  | op. | | 242 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | Alpha-1-Antitrypsin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Alpha-1-Fetoprotein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| AMACR |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Amyloid A |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| BCL2 Oncoprotein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| BCL6 Protein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| BSAP |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CA 125 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Calcitonin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Caldesmon |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Calretinin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Carcinoembryonicone |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD10 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD138 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD15 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD19 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD1a |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD2 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD20cy |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD21 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD23 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD246 ALK Proteine |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD3\* |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD30 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD31 Endothelial Cell |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD34 Class II |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD4 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD43 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD45 LCA |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD5 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD56 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD57 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD68 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD68 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD7 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD79α |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD8 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CD99 MIC2 Gene Ewings Sarcoma |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| CDX-2 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Chorionic Gonadotropin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cyclin D1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 17 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 18 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 19 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 20 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 5/6 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 7 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin 8/18 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin Clone AE1/AE3 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytokeratin HMW Clone 34βE12 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Cytomegalovirus |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| D2-40 Clone: D2-40 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Desmin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| E-Cadherin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Epithelial Antigen Clone Ber-EP4 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Epithelial Membrane Antigen |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Epstein-Barr Virus |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| ER alpha Clone EP1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| ERCC1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Gastrin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| GCDFP-15 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Glial Fibrillary Acidic Protein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Helicobacter Pylori |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Hepatocyte |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Herpes Simplex Virus Type 1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Hu ERG |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| IgA |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| IgD |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| IgG |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| IgM |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Inhibin alpha |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Insulin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Kappa Light Chains |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Ki-67 Antigen Clone MIB-1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Lambda Light Chains |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Mammaglobin Clone |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Mast Cell Tryptase |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Melan-A Clone |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Melanosome Clone HMB-45 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MLH1 Clone ES05 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MSH2 Clone FE11 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MSH6 Clone EP49 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MUC2 Clone CCP58 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MUC5AC Clone CLH2 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| MUM1 Protein Clone MUM1p |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Muscle Actin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Myeloperoxidase |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Myogenin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Negative Control Mo |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Negative Conrtol Rb |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Neurofilament Protein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| NSE |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Nucleophosmin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| OCT3/4 Clone N1NK |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| p53 Protein Clone DO-7 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| p63 Protein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Placental AP |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| PMS2 Clone EP51 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Pneumocystis Jiroveci |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Progest Recept Clone PgR 636 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Prostein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| PSMA Clone 3E6 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Renal Cell Carcinoma |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| S100 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Smooth Muscle Actin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| SMTH MSCL Myosin Heavy Chn |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Synaptophysin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Terminal Deoxynucleotidyl Transferase |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Thyreoglobulin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| TTF-1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Tyrosinase |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Villin Clone |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Vimentin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Von Willbrand Factor |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| WT1 Protein |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| ZAP-70 Clone |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| βeta-Catenin Clone β-Catenin-1 |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Mo a Hu Thyroglobulin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Mo a Hu Beta-Amyloid |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| Mo a Hu Calponin |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 2 | Zestaw farmakodiagnostyczny do oznaczania Her-2 z uwzględnieniem kontroli ujemnej dla danego pacjenta na 600 badań |  | op. | | 16 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3 | Odczynniki chemiczne wymagane do oznaczenia 15000 markerów: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Envision Flex+ High pH |  | op. | | 25 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.2 | Envision Flex Antibody Diluent |  | op. | | 6 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.3 | Envision Flex +Rb Linker |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.4 | FLEX IHC Microscope Slides |  | op. | | 39 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.5 | Zestaw czyszczący |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.6 | User Fillable Reag Botlles 5 ml |  | op; | | 35 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.7 | User Fillable Reag Botlles 12 ml |  | op. | | 6 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.8 | Seymor label kit |  | op. | | 7 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 3.9 | Ramki do szkiełek |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 4 | Przeciwciało anty CD117 stęż. 0.2 ml na ok. 60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 5 | Przeciwciało anty-p40 stęż. 0,5 ml na wykonanie ok. 60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 6 | Przeciwciało anty- Napsin A stęż.0.5 ml na ok.60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 7 | Przeciwciało anty-chromogranin A klon LK2H10 stęż. 0.5 ml na ok. 100badań |  | op. | | 2 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 8 | Przeciwciało anty- pax -8 stęż. 0.1 ml na ok 60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 9 | Przeciwciało anty- GATA-3 stęż. 0.1 ml na ok. 60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 10 | Przeciwciało anty p120 stęż. 0.1 ml na ok.60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 11 | Przeciwciało CD38 stęż. 0.1 ml na ok. 60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 12 | Przeciwciało PSA stęż. 0.2 ml na ok.60 badań |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 13 | Przeciwciało stęż. p16 klon JC2 1 ml na wykonanie ok.100 badań. |  | op. | | 3 |  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| WARTOŚĆ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| WARTOŚĆ DZIERŻAWY SPRZĘTU | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| RAZEM | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **PARAMETRY OCENIANE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| System do diagnostyki immunohistochemicznej gwarantujący możliwość wykorzystania pierwotnych przeciwciał innych producentów ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| System do diagnostyki IHC posiadający możliwość tworzenia przez użytkownika własnych protokołów barwienia ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barwienie więcej niż 20 szkiełek w tym samym czasie ……………………(podać ilość)\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| System do automatycznej deparafinizacji w odrębnym module, odkrywania i uwadniania, a także nastawienia pracy na noc na tzw. "opóźniony start" lub z trybem nastawienia buforów na wstępne podgrzewanie i automaty do barwień IHC (z automatycznie tworzącą się bazą danych wykonanych preparatów) do momentu zabarwienia hematoksyliną ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykonawca zapewnia możliwość zastosowania wszystkich odczynników i protokołów w metodzie manualnej bez dodatkowej optymalizacji protokołów ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Automatyczne czyszczenie aparatu w czasie nie dłuższym niż 30 min. z zastosowaniem odczynników niezawierających chloru ⬜ TAK\* ⬜ NIE\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt.  **Wzór**: Najlepsza oferta - maksymalna ilość punktów, najsłabsza oferta 0 punktów, oferty pośrednie - punktowane poprzez: iloraz różnicy wartości ocenianej i najsłabszej do różnicy oferty najlepszej i najsłabszej, pomnożony przez wartość punktową. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Oświadczam, że:
2. Akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SWZ;
3. Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy;
4. cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;
5. akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w SWZ przedmiotowego postępowania;
6. jestem związany/a niniejszą ofertą w terminie wskazanym w SWZ;
7. przewiduję/nie przewiduję powierzenie podwykonawcom ........................................................................ realizacji zamówienia w części …………….;
8. zapoznałem/am się z postanowieniami umowy, określonymi w SWZ i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
9. że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

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).

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

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ODCZYNNIKI DO BADAŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ SPRZĘTU DO WYKONYWANIA BADAŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH | | | |
| PARAMETRY GRANICZNE | | | |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Wymóg graniczny | Potwierdzenie |
| 1 | W linii technologicznej oferowanego systemu IHC fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2020) sprzęt do automatycznej i/lub półautomatycznej linii technologicznej, sprzęt i oprogramowanie do obsługi informatycznej wraz z przeciwciałami i kompletem odczynników oraz akcesoriów, w tym szkiełka podstawowe, wolny od biotyny system wizualizacyjny dla przeciwciał mysich i króliczych, bufory do bezksylenowego odparafinowania i odkrywania antygenów o wysokim i niskim pH, zestaw czyszczący, bufory płuczące, umożliwiających wykonanie nie mniej niż 13000 oznaczeń w ciągu 36 miesięcy przeznaczony dla skrawków parafinowych, mrożaków, rozmazów, cytospinów, szpiku kostnego, bioptatów. | tak |  |
| 2 | Ilość odczynników oraz materiałów eksploatacyjnych do diagnostyki IHC powinna być skalkulowana przy założeniu zastosowania 200µl na jeden test /oznaczenie w przypadku aparatów o zmiennej objętości, a w przypadku aparatów o stałej objętości według zaleceń producenta | tak |  |
| 3 | Przeciwciała pierwotne w gotowych rozcieńczeniach i/lub stężone przeznaczone do diagnostyki ludzkiego materiału tkankowego, utrwalonego w formalinie i zatopionego w parafinie – posiadające certyfikat IVD | tak |  |
| 4 | Przeciwciała pierwotne w gotowych rozcieńczeniach muszą być kompatybilne z oferowanym systemem wizualizacyjnym oraz mogą pochodzić od różnych producentów. | tak |  |
| 5 | W przypadku zaoferowania przeciwciała pierwotnego w formie skoncentrowanej Wykonawca zapewnia wystarczającą ilość rozcieńczalnika do przeciwciał oraz puste butelki lub dyspensery różnej objętości kompatybilne z oferowanym systemem do diagnostyki IHC. Zamawiający dopuszcza nie więcej niż 20% przeciwciał w formie stężonej. | tak |  |
| 6 | Odczynniki oraz aparaty barwiące wchodzące w skład systemu barwiącego do diagnostyki IHC są przeznaczone do diagnostyki in vitro oraz posiadają certyfikat CE | tak |  |
| 7 | W wyposażeniu linii technologicznej systemu IHC odpowiedni zestaw komputerowy o parametrach umożliwiających sprawne działanie systemu, w wyposażeniu: stacja robocza, monitor, klawiatura oraz mysz i drukarka do raportów, drukarka kodów kreskowych na naklejkach, czytniki kodów i właściwe oprogramowanie umożliwiające rejestrację danych pacjenta, jednostki zlecającej, numeru bloczka, rodzaju tkanki, możliwość wykonania statystyki wykonanych badań wg numeru pacjenta, rodzaju markera, lekarza zlecającego, numeru bloczka, użytych odczynników oraz zapewniające możliwość podłączenia komputera do sieci LAN i zdalne wprowadzenie zlecanych barwień przez patologów | tak |  |
| 8 | System barwienia kontrolowany przez komputer z możliwością podglądu etapu wykonywanych badań | tak |  |
| 9 | Termin ważności odczynników do diagnostyki IHC min 8 miesięcy od daty dostawy z wyłączeniem oznaczenia HER-2, dla którego Zamawiający wymaga okresu ważności minimum 6 miesięcy od daty dostawy | tak |  |
| 10 | Wykonawca musi zapewnić ciągłość pracy systemu do diagnostyki IHC podczas zaniku zasilania poprzez zasilacz awaryjny UPS. Zasilacz awaryjny, stanowiący wyposażenie aparatu umożliwiający podtrzymanie pracy aparatu w przypadku zaniku napięcia sieci i bezpieczne zamknięcie trwającego cyklu pracy oraz przywrócenie aparatu do pracy po wznowieniu dostawy energii elektrycznej | tak |  |
| 11 | Barwienie minimum 20 szkiełek w tym samym czasie | tak |  |
| 12 | Etapy procesu barwienia immunohistochemicznego wykonywane automatycznie lub półautomatycznie obejmują:   1. odsłanianie antygenów metodą bezksylenową, 2. wszystkie etapy odczynu IHC na preparacie, podbarwianie hematoksyliną tkanek | tak |  |
| 13 | Możliwość stosowania więcej niż jednego protokołu barwienia w jednym cyklu pracy | tak |  |
| 14 | Zastosowanie różnych systemów detekcji i chromogenów w jednym cyklu pracy | tak |  |
| 15 | Identyfikacja szkiełek i odczynników za pomocą kodów kreskowych lub kodów 2D lub chipów | tak |  |
| 16 | Możliwość stosowania opatrzonych kodami kreskowymi lub DD butelek lub dyspenserów w różnych objętościach, które można wypełnić odczynnikami | tak |  |
| 17 | Oprogramowanie w języku polskim | tak |  |
| 18 | Eliminacja artefaktów powodowanych endogenną biotyną. | tak |  |
| SZKOLENIE, SERWIS, INNE | | | |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim | |  |
| 2 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i użytkowania systemu w miejscu instalacji. | |  |
| 3 | Aktualizacja oprogramowania w trakcie trwania umowy. | |  |
| 4 | Naprawy, przeglądy-serwisowanie urządzeń w okresie obowiązywania umowy (wraz z kosztami ewentualnych dojazdów i wysyłek oraz części zamiennych) pokrywa Wykonawca. | |  |
| 5 | W okresie obowiązywania umowy w cenie oferty przeglądy techniczne - minimum raz w roku. Za terminowość ich wykonania odpowiedzialny jest Wykonawca | |  |
| 6 | Możliwość zgłaszania awarii przez 24 godziny, w dni robocze | |  |
| 7 | Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia awarii w urządzeniu lub zainstalowania sprawnego równoważnego urządzenia przez serwis Wykonawcy w czasie do 48 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego. | |  |
| 8 | Od momentu zgłoszenia awarii urządzenia Wykonawca zobowiązany jest zapewnić Zamawiającemu ciągłość wykonywania badań IHC w odpowiedniej jakości, w innym zakładzie patomorfologii. Wykonawca poniesie koszt wykonania tych badań oraz koszty transportu preparatów. | |  |
| 9 | Na etapie badania i oceny ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania Wykonawców do przeprowadzenia prezentacji oferowanego sprzętu (sprzęt musi być zgodny ze złożoną ofertą) | |  |
| 10 | W przypadku zaoferowania sprzętu do badan IHC wymagającego postawienia na stole, Zamawiający wymaga stołu o odpowiednich wymiarach i wytrzymałości. | |  |
| II | PARAMETRY OCENIANE | | |
| Lp. | Opis parametru | | Ocena |
| 1 | System do diagnostyki immunohistochemicznej gwarantujący możliwość wykorzystania pierwotnych przeciwciał innych producentów | | Nie - 0 pkt  Tak - 5 pkt |
| 2 | System do diagnostyki IHC posiadający możliwość tworzenia przez użytkownika własnych protokołów barwienia. | | Nie - 0 pkt  Tak - 5 pkt |
| 3 | Barwienie więcej niż 20 szkiełek w tym samym czasie | | Wg wzoru |
| 4 | System do automatycznej deparafinizacji w odrębnym module, odkrywania i uwadniania, a także nastawienia pracy na noc na tzw. "opóźniony start" lub z trybem nastawienia buforów na wstępne podgrzewanie i automaty do barwień IHC (z automatycznie tworzącą się bazą danych wykonanych preparatów) do momentu zabarwienia hematoksyliną | | Nie - 0 pkt  Tak - 5 pkt |
| 5 | Wykonawca zapewnia możliwość zastosowania wszystkich odczynników i protokołów w metodzie manualnej bez dodatkowej optymalizacji protokołów | | Nie - 0 pkt  Tak - 10 pkt |
| 6 | Automatyczne czyszczenie aparatu w czasie nie dłuższym niż 30 min. z zastosowaniem odczynników niezawierających chloru | | Nie - 0 pkt  Tak - 5 pkt |
| RAZEM: | | | 40 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt.  **Wzór**: Najlepsza oferta - maksymalna ilość punktów, najsłabsza oferta 0 punktów, oferty pośrednie - punktowane poprzez: iloraz różnicy wartości ocenianej i najsłabszej do różnicy oferty najlepszej i najsłabszej, pomnożony przez wartość punktową. | | | |

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SWZ

PROJEKT UMOWY NR ... …..TP.382.018.2021 BS

zamówienie w trybie podstawowym art. 275 ustawy Prawo zamówień publicznych

|  |  |
| --- | --- |
| dotyczy: | odczynników do badań immunohistochemicznych wraz z dzierżawą sprzętu do wykonywania badań immunohistochemicznych |

Umowa zawarta w dniu ………............ roku w Koszalinie, pomiędzy:

Szpitalem Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika

ul. T. Chałubińskiego 7, 75 – 581 Koszalin

NIP: 669-10-44-410, REGON: 330006292, BDO: 000008455, KRS: 0000006505

reprezentowanym przez ………

zwanym dalej *Zamawiającym, Stroną*

a

…………..

ul. ……… .., ..-… …………..

NIP: ……………….., REGON: ……………, KRS: ………………

reprezentowanym przez: .................................................................................

zwanym dalej *Wykonawcą, Stroną*

Działając na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2019, poz. 2019 ze zm.) (dalej: „Ustawa PZP”) po wyczerpaniu procedury przewidzianej dla trybu podstawowego zawarto umowę następującej treści:

§ 1 PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem Umowy jest:
2. dostawa do siedziby Zamawiającego preparatów …………………….. (w dalszej części umowy zwanych „odczynnikami”)
3. dzierżawa sprzętu do wykonywania badań immunohistochemicznych ……………………………

- na zasadach określonych w Umowie oraz ofercie, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy i będący integralną częścią umowy.

1. Wykonawca oświadcza, że jest profesjonalnym podmiotem, który w ramach prowadzonej działalności spełnia warunki niezbędne do wykonania przedmiotu Umowy oraz posiada wystarczające wiedzę, doświadczenie i kompetencje, a także dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania Umowy.
2. Strony zobowiązują się współdziałać przy wykonaniu Umowy w celu należytej realizacji zamówienia.

§ 2 CENA I WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Zamawiający zapłaci Wykonawcy następujące wynagrodzenie za wykonanie przedmiotu Umowy:
2. ……………: netto ………….. zł, brutto ……………. zł;
3. ………………: netto ………….. zł, brutto ……………. zł;
4. Zamówienie realizowane jest według cen ryczałtowych zawartych w ofercie, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy.
5. Ceny, o których mowa w ust. 2 nie mogą wzrosnąć w czasie trwania umowy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 1 pkt 4 Umowy.
6. W przypadku zmiany stawki VAT na dzień wystawiania faktury, cena netto Umowy pozostaje bez zmian, natomiast cena brutto Umowy ulega automatycznej zmianie. Zmiana ta nie wymaga sporządzenia przez Strony aneksu do Umowy.
7. Faktura zostanie wystawiona przez Wykonawcę o treści i formie zgodnej z przepisami obowiązującymi na dzień wystawiania faktury.
8. Wykonawcy wystawia Zamawiającemu każdorazowo tylko jedną fakturę obejmującą całość złożonego przez Zamawiającego zamówienia, o którym mowa § 3 ust. 1 i 2.
9. Płatność nastąpi w terminie do 60 dni od dnia dostarczenia faktury Zamawiającemu w formie pisemnej na adres siedziby Zamawiającego lub w formie elektronicznej na adres poczty elektronicznej: ……………….....
10. Wykonawca ma również możliwość przesłania drogą elektroniczną ustrukturyzowanej faktury elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o elektronicznym fakturowaniu w zamówieniach publicznych, koncesjach na roboty budowlane lub usługi oraz partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2018 poz. 2191). W przypadku wyboru możliwości przesłania ustrukturyzowanej faktury elektronicznej Wykonawca będzie korzystał z Platformy Elektronicznego Fakturowania dostępnej na stronie internetowej <https://efaktura.gov.pl>.
11. Płatność nastąpi przelewem bankowym na konto bankowe Wykonawcy wskazane na fakturze.
12. Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego Zamawiającego jest nieważna.

§ 3 TERMIN WYKONANIA UMOWY

1. Przedmiot Umowy zostanie wykonany w terminie 36 miesięcy od zawarcia Umowy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 1 pkt 2. Przez wykonanie przedmiotu Umowy Strony uznają dostawę leku zgodnie z Umową, przepisami prawa i wymogami producenta.
2. Umowa wygasa po upływie terminu określonego w ust. 1 lub w przypadku wykorzystania maksymalnej kwoty zobowiązania umownego, określonego w § 2 ust. 1.

§ 4 WARUNKI DOSTAW

1. Dostawy będą realizowane wg zamówień składanych sukcesywnie w zależności od aktualnych potrzeb Zamawiającego.
2. Zamawiający określa wielkość dostawy przez złożenie u Wykonawcy zamówienia w postaci papierowej lub elektronicznej.
3. Realizacja dostawy następuje do 10 dni roboczych od dnia złożenia zamówienia.
4. Koszt dostarczenia, rozładowania oraz rozlokowania preparatów w miejscach wskazanych przez Zamawiającego pokrywa Wykonawca.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo niewykonania umowy w pełnym zakresie, jednak nie mniejszym niż 50%.
6. Zamawiającemu, bez ujemnych dla niego skutków, przysługuje prawo do zwiększenia lub zmniejszenia ilości poszczególnych odczynników, będących przedmiotem niniejszej umowy, pod warunkiem nie przekroczenia ceny netto umowy, określonej w § 2 ust. 1 lit. b.
7. W przypadku braku możliwości wywiązania się z terminu dostawy, Wykonawca jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o powyższym Zamawiającego.
8. Wykonawca ponosi w szczególności odpowiedzialność za szkodę Zamawiającego powstałą w wyniku konieczności zakupu od innego Wykonawcy towarów, będących przedmiotem niniejszej umowy lub równoważnych, w okresie, na który umowa ta została zawarta, po cenie wyższej niż określona w niniejszej umowie – w wysokości różnicy pomiędzy tymi cenami.
9. W przypadku realizacji zamówienia niezgodnego z ofertą, Zamawiającemu przysługuje prawo odmowy przyjęcia odczynników. Wykonawca jest zobowiązany do odbioru odczynników w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

§ 5 GWARANCJE

1. Wykonawca gwarantuje, że dostarczone odczynniki są fabrycznie nowe, kompletne oraz wolne od wad.
2. Wykonawca gwarantuje, że dostarczone odczynniki posiadają wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do dopuszczenia towaru do obrotu i używania.
3. Na pisemne żądanie Zamawiającego Wykonawca dostarczy w terminie 2 dni roboczych wymagane prawem dokumenty właściwe dla przedmiotu zamówienia.
4. Wykonawca gwarantuje, że dostarczy odczynniki o terminie przydatności do użytku nie krótszym niż 12 miesięcy, licząc od momentu dostawy. Produkty z krótszym terminem ważności mogą być dopuszczone w wyjątkowych sytuacjach i każdorazowo zgodę na nie musi wyrazić upoważniony przedstawiciel Zamawiającego.
5. Na każdej partii towaru muszą znajdować się etykiety umożliwiające oznaczenie towaru, co do tożsamości.
6. Strony umowy ustalają, że na opakowaniach zbiorczych będą znajdować się następujące informacje: nazwa producenta, nazwa asortymentu, termin przydatności do użycia.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do złożenia reklamacji w przypadku dostaw towarów niezgodnych z ofertą na podstawie, której została zawarta umowa oraz w przypadku ujawnienia wad ukrytych towaru.
8. Reklamacja towaru wadliwego będzie składana telefonicznie lub faksem oraz potwierdzana pisemnie.
9. W przypadku wystąpienia wad jakościowych i/lub ilościowych Wykonawca zobowiązany jest wymienić towar wadliwy na wolny od wad i/lub uzupełnić niedobór ilościowy w ciągu 5 dni roboczych od dnia uznania reklamacji. Czas na rozpatrzenie reklamacji nie może być dłuższy niż 5 dni.
10. Wykonawca na własny koszt i ryzyko wymienia towar, w którym stwierdzono wadę jakościową i/lub ilościową.

§ 6 KARY UMOWNE

1. Zamawiający jest uprawniony do żądania od Wykonawcy kar umownych w następujących przypadkach i wysokości:
2. za przekroczenie terminu dostawy w wysokości 0,1% ceny brutto dostawy za każdy dzień zwłoki,
3. za przekroczenie terminu dostarczenia dokumentów o których mowa w § 5 ust. 3 w wysokości 0,1% ceny brutto niezrealizowanej części umowy,
4. za odstąpienie od Umowy którejkolwiek ze Stron z winy Wykonawcy w wysokości 10% ceny brutto Umowy.
5. Łączna wysokość kar umownych naliczonych zgodnie z ust. 1, ograniczona jest do 15% ceny brutto Umowy, o której mowa w § 2 ust. 1 lit. a.
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zgłoszenia Wykonawcy żądania odszkodowania przewyższającego wysokość zastrzeżonej kary umownej.
7. Zapłata kar umownych następuje na pisemne wezwanie Zamawiającego w terminie 10 dni od dnia otrzymania wezwania.
8. Zamawiający zastrzega sobie prawo potrącenia kar umownych z wynagrodzeń należnych Wykonawcy.

§ 7 ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Zamawiający może odstąpić od Umowy:
2. w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o zaistnieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie Umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia Umowy, lub dalsze wykonywanie Umowy może zagrozić podstawowemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu;
3. jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:
4. dokonano zmiany umowy z naruszeniem art. 454 i art. 455 Ustawy PZP,
5. Wykonawca w chwili zawarcia Umowy podlegał wykluczeniu na podstawie art. 108 ustawy PZP,
6. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej stwierdził, w ramach procedury przewidzianej w art. 258 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, że Rzeczpospolita Polska uchybiła zobowiązaniom, które ciążą na niej na mocy Traktatów, dyrektywy 2014/24/UE, dyrektywy 2014/25/UE i dyrektywy 2009/81/WE, z uwagi na to, że zamawiający udzielił zamówienia z naruszeniem prawa Unii Europejskiej.
7. Każda ze Stron może odstąpić od Umowy w przypadkach ustawowego prawa odstąpienia wynikających z przepisów Kodeksu cywilnego.
8. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy w przypadku istotnie nienależytego jej wykonywania przez Wykonawcę, po uprzednim pisemnym wezwaniu do zaprzestania naruszeń lub wykonania określonych działań pod rygorem odstąpienia od Umowy i wyznaczeniu dodatkowego, odpowiedniego terminu na usunięcie naruszeń lub podjęcie określonych działań.
9. Zamawiającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy w każdym czasie jej obowiązywania w przypadku odstąpienia lub zmiany warunków finansowania leczenia lekami wymienionymi w § 1 przez NFZ, albo następcę prawnego lub podmiot wyznaczony zgodnie ze zmianą powszechnie obowiązującego prawa.
10. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie, pod rygorem nieważności, z podaniem uzasadnienia, w terminie do 3 miesięcy od zaistnienia podstawy do odstąpienia od Umowy.

§ 8 ZMIANA POSTANOWIEŃ UMOWY

1. Strony zgodnie z art. 455 Ustawy PZP dopuszczają możliwość wprowadzania istotnych zmian postanowień Umowy w następujących okolicznościach:
2. w przypadku:
3. wycofania z produkcji preparatu po terminie złożenia oferty Zamawiającemu,
4. wstrzymania wprowadzanie preparatu do obrotu handlowego po terminie złożenia oferty Zamawiającemu;

- poprzez zastąpienie go innym preparatem o cechach co najmniej takich, jakie cechowały pierwotny preparat;

1. w przypadku niezrealizowania przedmiotu umowy w umownym terminie z powodu zmniejszenia potrzeb własnych, poprzez wydłużenie okresu jej realizacji,
2. w przypadku zmiany numeru katalogowego, kodu produktu lub nazwy własnej preparatu,
3. Zmiana postanowień Umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności, o ile postanowienia Umowy nie stanowią inaczej.

§ 9 DZIERŻAWA URZĄDZENIA

1. W celu umożliwienia Zamawiającemu wykonywania badań immunohistochemicznych w sprzęcie, o którym mowa w §1 ust.1 pkt 2 Umowy, Wykonawca wydzierżawia Zamawiającemu na czas trwania niniejszej umowy sprzęt do wykonywania badań immunohistochemicznych (dalej: urządzenie).
2. W zamian za przekazanie urządzenia Zamawiającemu do używania, Zamawiający będzie płacił Wykonawcy miesięczny czynsz dzierżawny w wysokości ……….. zł (słownie: …………….. brutto). Czynsz dzierżawny będzie płatny na podstawie faktur wystawianych w ostatnim dniu roboczym każdego miesiąca*,* na rachunek Wykonawcy wskazany na fakturze. Termin płatności wynosi 60 dni od daty wystawienia faktury.
3. Wydanie Zamawiającemu urządzenia i jego instalacja oraz przeszkolenie personelu w zakresie użytkowania nastąpi w ciągu 14 dni roboczych od dnia zawarcia niniejszej umowy w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, co zostanie potwierdzone podpisanym przez obie Strony protokołem i wydaniem paszportu technicznego urządzenia. Z chwilą wydania dzierżawionego urządzenia ryzyko ich przypadkowej utraty przechodzi na Zamawiającego.
4. Przez cały czas trwania umowy urządzenie pozostaje własnością Wykonawcy. Zamawiający jest zobowiązany używać urządzenie wyłącznie w miejscu jego instalacji dokonanej przez Wykonawcę, w sposób odpowiadający jego przeznaczeniu i właściwościom, zgodnie z zasadami opisanymi w instrukcji obsługi urządzenia, a także utrzymywać urządzenie w należytym stanie technicznym poprzez dokonywanie ich bieżącej konserwacji. O jakiejkolwiek nieprawidłowości w działaniu urządzenia bądź uszkodzeniu urządzenia Zamawiający jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić Wykonawcę w formie pisemnej. Wykonawcy przysługuje prawo kontroli prawidłowości postępowania przez Zamawiającego w zakresie opisanym w niniejszym ustępie.
5. Naprawy, przeglądy-serwisowanie urządzeń w okresie obowiązywania umowy (wraz z kosztami ewentualnych dojazdów i wysyłek oraz części zamiennych) pokrywa Wykonawca.
6. W okresie obowiązywania umowy w cenie oferty przeglądy techniczne - minimum raz w roku. Za terminowość ich wykonania odpowiedzialny jest Wykonawca.
7. Zamawiający jest zobowiązany zabezpieczyć urządzenie przed kradzieżą oraz wszelkimi innymi działaniami osób trzecich (w tym pracowników Zamawiającego), które mogłyby zagrozić stanowi urządzenia lub ich prawidłowemu funkcjonowaniu.
8. Strony zgodnie postanawiają, że Zamawiający będzie zgłaszał awarie w formie elektronicznej na adres e-mail: ………………………………………………….., 24 godziny na dobę, w dni robocze.
9. Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia awarii w urządzeniu lub zainstalowania sprawnego równoważnego urządzenia przez serwis Wykonawcy w czasie do 48 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego.
10. Od momentu zgłoszenia awarii urządzenia Wykonawca zobowiązany jest zapewnić Zamawiającemu ciągłość wykonywania badań IHC w odpowiedniej jakości, w innym zakładzie patomorfologii. Wykonawca poniesie koszt wykonania tych badań oraz koszty transportu preparatów.
11. W przypadku niedotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 9 lub niezachowania ciągłości badań, o której mowa w ust. 10, Zamawiający naliczy karę umowną w wysokości 300 zł za każdy dzień niewykonywania badań przez Zamawiającego.

§ 10 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Spory wynikłe na tle wykonania niniejszej umowy, strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwemu rzeczowo Sądowi w Koszalinie.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.
5. Załącznikiem do umowy jest oferta Wykonawcy

|  |  |
| --- | --- |
| ZAMAWIAJĄCY: | WYKONAWCA: |

ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SWZ

**Zamawiający:**

Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika

ul. T. Chałubińskiego 7

75-581 Koszalin

**Wykonawca:**

…………………………………………………

……………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. dostawa odczynników do badań immunohistochemicznych wraz z dzierżawą sprzętu do wykonywania badań immunohistochemicznych,prowadzonego przez Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika, ul. T. Chałubińskiego 7 w Koszalinie*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.

[UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 7 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ

**Zamawiający:**

Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika

ul. T. Chałubińskiego 7

75-581 Koszalin

**Wykonawca:**

…………………………………………………

……………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125a ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ……………………………………… ………………………….………….,prowadzonego przez Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika, ul. T. Chałubińskiego 7 w Koszalinie*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      Dziale XIX SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w      Dziale XIX SWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………...………………………………… ………………………………………………………………………….…………………………………............….., w następującym zakresie: …………………………………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ

………………………………………………..

pieczęć Wykonawcy

WYKAZ DOSTAW WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH

OŚWIADCZAM, ŻE:

W okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert wykonałem lub jestem w trakcie wykonywania następujących dostaw:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot | Podmiot na rzecz, którego usługa została wykonana | Daty wykonania | Wartość |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

W załączeniu dowody, że dostawy zostały wykonane należycie.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.