**OFERTA**

**(FORMULARZ OFERTY PO ZMIANACH CZĘŚCI NR 5 i 6)**

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. 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 do terminu wskazanego w Dziale XII 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.\*
10. Oferuję dostawę, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia:

**CZĘŚĆ NR 5 DZIERŻAWA AUTOMATYCZNEGO ANALIZATORA DO IDENTYFIKACJI BAKTERII Z OKREŚLANIEM ICH LEKOWRAŻLIWOŚCI, DO IDENTYFIKACJI GRZYBÓW, DOSTAWA TESTÓW DO IDENTYFIKACJI I OZNACZANIA LEKOWRAŻLIWOŚCI WRAZ Z AKCESORIAMI , DOSTAWA PODŁÓŻ NAMNAŻAJĄCYCH**

|  |
| --- |
| DZIERŻAWA AUTOMATYCZNEGO ANALIZATORA DO IDENTYFIKACJI I LEKOWRAŻLIWOŚCI BAKTERII, IDENTYFIKACJI GRZYBÓW |
| Przedmiot zamówienia | Producent, typ, nr kat. | * + - 1. Ilość
 | Czynsz za 1 m-c netto | VAT % | Czynsz za 1 m-c brutto | Czynsz za 36 m-cy netto | * + - 1. Czynsz za 36 m-cy brutto
 |
| Dzierżawa, części zużywalne, serwisowanie oraz okresowa aktualizacja oprogramowania automatycznego analizatora do identyfikacji i lekowrażliwości bakterii, identyfikacji grzybów, podłączenie do laboratoryjnego systemu informatycznego |  | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |
| Wartość księgowa urządzenia................. netto ............................ brutto (niezbędna do ubezpieczenia sprzętu na czas trwania umowy) |
| TESTY DO IDENTYFIKACJI I OZNACZANIA LEKOWRAŻLIWOŚCI WRAZ Z AKCESORIAMI, PODŁOŻA NAMNAŻAJĄCE |
| Lp | Przedmiot zamówienia | Producent, typ, nr kat. | Ilość | * + - 1. Jednostka miary
 | * + - 1. Cena jedn. netto
 | VAT% | Cena jedn. brutto | Cena netto | * + - 1. Cena brutto
 |
| 1 | Testy do identyfikacji drobnoustrojów Gram-dodatnich - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 5500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 2 | Testy do oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów Gram-dodatnich wraz z oznaczaniem wartości MIC - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 5500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 3 | Testy do identyfikacji drobnoustrojów Gram-ujemnych - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 5500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 4 | Testy do oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów Gram-ujemnych wraz z oznaczaniem wartości MIC - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 5500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 5 | Testy do identyfikacji *Neisseria* i *Haemophilus* - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 300 | szt. |  |  |  |  |  |
| 6 | Testy do identyfikacji drobnoustrojów beztlenowych - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 7 | Testy do identyfikacji grzybów drożdżopodobnych - napełnianie, inkubacja i odczyt testów w aparacie |  | 500 | szt. |  |  |  |  |  |
| 8 | Akcesoria niezbędne do wykonania testów w analizatorze do identyfikacji i lekowrażliwości w przeliczeniu na ilość zamówionych wszystkich rodzajów testów (podaje wykonawca w podpunktach) |  | podaje wykonawca w podpunktach |  |  |  |  |  |
| 8.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … | W razie potrzeby dodać wiersze |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Podłoże agarowe chromogenne do różnicowania i izolacji MRSA |  | 900 | szt. |  |  |  |  |  |
| 10 | Podłoże agarowe chromogenne do różnicowania i izolacji pałeczek grupy KESC |  | 3600 | szt. |  |  |  |  |  |
| 11 | Dwudzielne podłoże agarowe: chromogenne do różnicowania i izolacji pałeczek grupy KESC/z kwasem nalidyksowym i kolimycyną oraz krwinkami owczymi – izolacja drobnoustrojów w moczu |  | 6000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 12 | Wybiórcze podłoże do izolacji chorobotwórczych grzybów ze skóry, włosów i paznokci |  | 1000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 13 | Podłoże agarowe do izolacji i identyfikacji paciorkowców z grupy B |  | 5000 | szt. |  |  |  |  |  |
| 14 | Podłoże agarowe chromogenne do identyfikacji paciorkowców z grupy B |  | 5000 | szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM WARTOŚĆ DOSTAWY ODCZYNNIKÓW |  |  |
| WARTOŚĆ DZIERŻAWY SPRZĘTU |  |  |
| RAZEM |  |  |
| **PARAMETRY OCENIANE automatycznego systemu do identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości bakterii, identyfikacji grzybów, dostawa akcesoriów** |
| Otrzymywanie wyników identyfikacji i lekowrażliwości w czasie krótszym niż 5 godzin Tak/Nie\* |
| Oprogramowanie aparatu w języku polskim Tak/Nie\* |
| **PARAMETRY OCENIANE** **dla testów do aparatu do identyfikacji i lekowrażliwości oraz podłoży stałych i akcesoriów** |
| Testy oznaczane przy pomocy kodów kreskowych, umieszczonych na nich fabrycznie przez producenta Tak/Nie\* |
| Bezpieczne testy, szczelnie i nieodwracalnie zamknięte po napełnieniu, bez możliwości kontaktu z materiałem zakaźnym Tak/Nie\* |
| Dodatkowo .... miesięcy ważności testów do identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości powyżej 3 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego\*\* |
| Dodatkowo .... tygodni ważności podłóż stałych powyżej 3 tygodni od daty dostarczenia do Zamawiającego\*\* |
| \* 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 |

**CZĘŚĆ NR 6 DOSTAWA TESTÓW, ODCZYNNIKÓW I DROBNEGO SPRZĘTU LABORATORYJNEGO DO DIAGNOSTYKI SCHORZEŃ UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO**

|  |
| --- |
| TESTY I ODCZYNNIKI, PODŁOŻA PŁYNNE I STAŁE ORAZ AKCESORIA DO DIAGNOSTYKI SCHORZEŃ JELITOWYCH |
| Lp | Przedmiot zamówienia | Producent, typ, nr kat. | Ilość | * + - 1. Jednostka miary
 | * + - 1. Cena jedn. netto
 | VAT% | Cena jedn. brutto | Cena netto | * + - 1. Cena brutto
 |
| 1 | Test immunochromatograficzny kasetkowy do wykrywania antygenów *Chlamydia trachomatis* w drogach moczowo – płciowych |  | 3 | 1op.=20 szt. |  |  |  |  |  |
| 2 | Test płytkowy, immunoenzymatyczny, jednostudzienkowy do równoczesnego wykrywania toksyn A/B *Clostridium difficile* oraz dehydrogenazy glutaminianowej (GDH) na jednej kasetce. Wykrywalność: toksyna A – min. 0.7 ng/ml, toksyna B – min. 0.2 ng/ml, GDH – min. 0.8 ng/ml. Kontrola dodatnia (antygen) i skalowane pipetki zawarte w zestawie. Czułość, swoistość, dodatnia i ujemna wartość predykcyjna testu wyznaczona w oparciu o badania porównawcze min. 1000 próbek z hodowlą bakteryjną (dot. GDH) i hodowlą tkankową (dot. toksyn) i podana w metodyce |  | 36 | 1op.=25 szt. |  |  |  |  |  |
| 3 | Test płytkowy do wykrywania antygenów adenowirusa i rotawirusa w kale |  | 180 | 1op.=10 szt. |  |  |  |  |  |
| 4 | Rotawirus kontrola pozytywna |  | 3 | 1op.=1 butelka |  |  |  |  |  |
| 5 | Adenowirus kontrola pozytywna |  | 3 | 1op.=1 butelka |  |  |  |  |  |
| 6 | Test płytkowy do wykrywania *Campylobacter* spp. kale |  | 36 | 1op.=10szt. |  |  |  |  |  |
| 7 | *Campylobacter* kontrola pozytywna |  | 3 | 1op.=1 wymazówka |  |  |  |  |  |
| 8 | Test płytkowy do wykrywania antygenów norowirusa genogrupy I i II w kale. Osobne pola odczytu dla GI i GII |  | 180 | 1op.=10 szt. |  |  |  |  |  |
| 9 | Norowirus genotyp I kontrola pozytywna |  | 3 | 1op.=1 wymazówka |  |  |  |  |  |
| 10 | Norowirus genotyp II kontrola pozytywna |  | 3 | 1op.=1 wymazówka |  |  |  |  |  |
| 11 | Krążki V+K do selektywnej izolacji *Neisseria meningitidis* |  | 3 | 1op.=100 szt. |  |  |  |  |  |
| 12 | Wymazówka z drewna pakowana indywidualnie |  | 320 | 1op.=100 szt. |  |  |  |  |  |
| 13 | Szalka Petriego śr. 90 mm |  | 90 | 1op.=25 szt. |  |  |  |  |  |
| 14 | Probówka okrągłodenna 5 ml z korkiem |  | 12 | 1op.=200 szt. |  |  |  |  |  |
| 15 | Probówka okrągłodenna 10 ml z korkiem |  | 3 | 1op.=200 szt. |  |  |  |  |  |
| 16 | Pipeta Pasteura pakowana indywidualnie |  | 75 | 1op.=100 szt. |  |  |  |  |  |
| 17 | Szkiełka mikroskopowe z matowym polem do opisu |  | 390 | 1op.=50 szt. |  |  |  |  |  |
| 18 | Szkiełka nakrywkowe 24 mm x 50 mm |  | 30 | 1op.=100 szt. |  |  |  |  |  |
| 19 | Taca z PS na 10 szkiełek |  | 3 | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| 20 | Taca z PS na 20 szkiełek |  | 3 | 1 szt. |  |  |  |  |  |
| 21 | Test do szybkiego wykrywania aktywności esterazy octanowej bakterii *Moraxella catarrhalis*, przedstawicieli rodzaju *Campylobacter* |  | 3 | 1op.=50 ozn. |  |  |  |  |  |
| 22 | Test do szybkiej identyfikacji rodzaju *Enterococcus* oraz *S. pyogenes* z kultury bakteryjnej |  | 12 | 1op.=50 ozn. |  |  |  |  |  |
| 23 | Odczynnik do testu pyrazy |  | 2 | 1op.=500 ozn. |  |  |  |  |  |
| 24 | Test do wykrywania zdolności szczepów bakteryjnych do hydrolizy hipuranu sodu |  | 12 | 1op.=50 ozn. |  |  |  |  |  |
| 25 | Odczynnik do testu hydrolizy hipuranu sodu |  | 3 | 1op.=200 ozn. |  |  |  |  |  |
| 26 | Noviobiocyna, krążki do bezodczynnikowego zestawu do identyfikacji gatunków z rodzaju *Staphylococcus* |  | 5 | 1op.=100 ozn. |  |  |  |  |  |
| 27 | Bezodczynnikowy zestaw do identyfikacji gatunków bakterii fermentujących z rodzin *Enterobacteriaceae* i *Vibrionaceae* w czasie 24 godzin, z wykorzystaniem 24 testów biochemicznych |  | 12 | 1op.=40 ozn. |  |  |  |  |  |
| 28 | Bezodczynnikowy zestaw do identyfikacji gatunków z rodzaju *Staphylococcus* w czasie do 24 godzin, z wykorzystaniem 24 testów biochemicznych |  | 9 | 1op.=40 ozn. |  |  |  |  |  |
| 29 | Bezodczynnikowy zestaw do ostatecznej identyfikacji gatunków rodzajów *Streptococcus* i *Enterococcus* w czasie do 24 godzin, z wykorzystaniem 24 testów biochemicznych, wraz z nośnikiem zawiesiny |  | 15 | 1op.=40 ozn. |  |  |  |  |  |
| 30 | Nośnik zawiesiny dla enterokoków i paciorkowców |  | 30 | 1op.=20 ozn. |  |  |  |  |  |
| 31 | Końcówki do pipety automatycznej o pojemności 1250 µl |  | 15 | 1op.=96 szt. |  |  |  |  |  |
| 32 | Końcówki do pipety automatycznej o pojemności 200 µl, sterylne, pakowane w rakach po 96 szt. |  | 60 | 1op.=96 szt. |  |  |  |  |  |
| 33 | Końcówki do pipety automatycznej o pojemności 1000 µl, sterylne, pakowane w rakach po 100 szt. |  | 6 | 1op.=100szt. |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| Dodatkowo ......... miesięcy ważności testów bezodczynnikowych do identyfikacji drobnoustrojów powyżej 5 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego \*\* |
| Dodatkowo ......... miesięcy ważności testów płytkowych do wykrywania antygenów wirusowych i bakteryjnych powyżej 5 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego\*\* |
| Dodatkowo ......... miesięcy ważności testów immunochromatograficznych i immunoenzymatycznych powyżej 5 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego\*\* |
| 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. |

…………….……. *(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).