*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 1/13*

*pieczęć Wykonawcy*

**OFERTA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ……………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………………

Telefon: ………………………………………… Faks: ………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………

NIP: ……………………………………………. REGON: ………………………………………..

Wpisany do rejestru przesiębiorcówc pod nr KRS …………………. / CEDIG

Osoba uprawniona do reprezentacji wykonawcy: ……………………………………….

Osoba odpowiedzialna za realizację umowy……………………….tel nr……………………………

*(w przypadku składani oferty wspólnej należy wpisać dane pełnomocnika „lidera” upoważnionego do wystepowania w imieniu pozostałych konsorcjantów)*

Czy Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem?                 □ TAK\*                □  NIE\*  
                                                                                                    \* UWAGA! należy zaznaczyć właściwe

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa odczynników i podręcznego sprzętu laboratoryjnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 22/PN/DEG/WK/2020 na warunkach jak niżej:

1. Termin realizacji zamówienia:

Zobowiązujemy się realizować przedmiot zamówienia w sposób ciągły przez okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia, nie wnosimy do niej zastrzeżeń i zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia - 30 dni.
3. Oświadczamy, że zawarty w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Zamierzamy powierzyć podwykonawcom następujące części zamówienia: \*:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa (firma) i adresy podwykonawców | Zakres rzeczowy |
|  |  |

\* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Niniejszym oświadczamy, iż oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz.U. 2020, poz. 186),   
   a w szczególności został dopuszczony do obrotu i używania oraz oznakowany znakiem CE.

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

*pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 2/13*

**OFERTA**

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\* 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).*

1. Oświadczamy, że informacje zamieszczone na następujących stronach: ………….…… nie mogą być udostępniane\*.

W załączeniu Wykonawca zobowiązany jest wykazać i uzasadnić, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w szczególności określając w jaki sposób zostały łącznie spełnione przesłanki, o których mowa w ww. ustawie.

\* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Zgodnie z art. 91 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych oświadczamy, że wybór mojej/naszej oferty będzie / nie będzie\*\* prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług.

\*\*niewłaściwe skreślić

*(wybór oferty Wykonawcy prowadzi do „powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego”, kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia) podatku VAT).*

1. W przypadku, gdy wybór oferty Wykonawcy będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego Wykonawca zobowiązany jest wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usług i wartość tego towaru lub usług bez kwoty podatku VAT\*.

Nazwa towaru lub usług prowadzących do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

…………………………………………………………………………………………………

oraz Wartość tych towarów lub usług bez podatku od towarów i usług: …………………….… zł

*Uwaga! niniejszy pkt. 11 wypełniają wyłącznie Wykonawcy, których wybór oferty prowadziłby u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego tzn. kiedy zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towarów i usług to nabywca (Zamawiający) będzie zobowiązany do rozliczenia (odprowadzenia ) podatku VAT.*

\* wypełnić jeżeli dotyczy

1. Poniżej podajemy dane kontaktowe dla potrzeb niniejszego postępowania.

Adres do korespondencji: ……………………………………………………………………….

Osoba uprawniona do kontaktu w sprawie niniejszego postępowania:

Pan/Pani ………………………………………………………………………………...……......

Nr tel. ……………………., fax: …….……..……… adres e-mail: ………….…………………

Ofertę niniejszą składamy na ................ kolejno ponumerowanych stronach.

...................................... *dn.* ........................

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 3/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest **dostawa odczynników i podręcznego sprzętu laboratoryjnego dla potrzeb SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku** oświadczam, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia i Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 22/PN/DEG/WK/2020 na warunkach jak niżej:

**Pakiet I - SZYBKIE TESTY DIAGNOSTYCZNE JAKOŚCIOWE**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu I za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/I do SIWZ.

* + 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu I.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 4/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet II – ODCZYNNIKI ORAZ MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA HEMATOLOGICZNEGO AVL typ AL. 816**

* + 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu II za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/II do SIWZ.

* + 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu II.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 5/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet III – SPRZĘT LABORATORYJNY Z TWORZYW SZTUCZNYCH ORAZ**

**POMOCNICZY SPRZĘT LABORATORYJNY**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu III za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/III do SIWZ.

* + - 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu III.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 6/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet IV – ODCZYNNIKI, MATERIAŁY KONTROLNE I ZUŻYWALNE DO**

**ANALIZATORA HEMATOLIGICZNEGO MYTHIC 18**

* + - 1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu IV za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/IV do SIWZ.

* + - 1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu IV.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 7/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet V – ODCZYNNIKI LABORATORYJNE DO ANALITYKI OGÓLNEJ**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu V za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/V do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu V.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 8/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet VI – ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII**

**KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO**

**PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200 ORAZ NA FOTOMETRZE BTS - 330**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu VI za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VI do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VI.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 9/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet VII – ODCZYNNIKI I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA**

**Na+/K+/Li+ RAPIDCHEM 754**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu VII za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VII do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VII.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 10/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet VIII – ODCZYNNIKI I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA**

**RAPIDLAB 348**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu VIII za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/VIII do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu VIII.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 11/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet IX – PASKI TESTOWE ORAZ MATERIAŁY KONTROLNE DO**

**CZYTNIKA MOCZU DIRUI H - 500**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu IX za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/IX do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu IX.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 12/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**Pakiet X – ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO KOAGULOLOGII I MATERIAŁY**

**ZUŻYWALNE DO PRACY NA KOAGULOMETRZE COAG CHROM 3003**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu X za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/X do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu X.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 1 do SIWZ str. 13/13*

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

*Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Wykonawcy*

**OFERTA**

**PAKIET XI –ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA IMMUNOCHEMICZNEGO MINI VIDAS BLUE**

1. Cena oferty:

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie pakietu XI za łączną cenę:

kwota: słownie:

cena netto: .................................... ..........................................................................

kwota VAT: .................................... ..........................................................................

cena brutto: .................................... ..........................................................................

zgodnie z przedstawionym Formularzem Cenowym stanowiącym załącznik nr 2/XI do SIWZ.

1. Warunki płatności:

Wyznaczamy płatność w terminie ............. dni od daty doręczenia kompletnych i prawidłowo   
wystawionych dokumentów rozliczeniowych (nie mniej niż 14 dni, max. 60 dni) w zakresie pakietu XI.

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/I*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu I**

**SZYBKIE TESTY DIAGNOSTYCZNE JAKOŚCIOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Białko CRP – test lateksowy, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Czynnik reumatoidalny RF – test lateksowy, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Test immunochromatograficzny kasetkowy do ozn. krwi utajonej w kale, bez specjalnej diety, zestaw zawierający kontrole |  | test | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Test kasetkowy do ozn. H. Pylori w kale z aplikatorem |  | test | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Test ciążowy w moczu (szybki test kasetkowy) |  | test | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Antystreptolizyna O (ASO) - test lateksowy, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Czynnik reumatoidalny – Waaler-Rose, zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Antygen kardiolipinowy USR (RPR Carbon), zestaw zawierający kontrole |  | ozn. | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Troponina I lub T – kasetkowy szybki test jakościowy do oznaczania Troponiny I lub T we krwi pełnej lub surowicy |  | test | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Białko Bence – Jonesa w moczu, immunochromatograficzny, kompetycyjny test wykrywający wolne łańcuchy lekkie kappa i lambda w moczu |  | test | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Zestaw do zagęszczania kału (aplikator + odczynniki), max. wielkość opakowania 50 ozn. |  | ozn. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | ------------------ |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr 2****/II*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu II**

**ODCZYNNIKI ORAZ MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA HEMATOLOGICZNEGO AVL typ AL. 816**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Rozcieńczalnik do AL. 816 (max wielkość op. 10l) |  | litr | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odczynnik lizujący do AL. 816 |  | litr | 8 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Odczynnik płuczący do AL. 816 (max wielkość op. 10l) |  | litr | 120 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Krew kontrolna poziom niski, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Krew kontrolna poziom normalny, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Krew kontrolna poziom wysoki, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Płyn myjący |  | litr | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Lampa hemoglobinowa do AL. 816 |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | --------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 1/4*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III**

**SPRZĘT LABORATORYJNY Z TWORZYW SZTUCZNYCH ORAZ POMOCNICZY SPRZĘT LABORATORYJNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn.  Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
|  | Probówka wirownicza typu EPPENDORF, z dnem stożkowym; 1,5 ml bezbarwna, z korkiem |  | szt | 30 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Probówka okrągłodenna o wymiarach 12x75 mm, PS |  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Probówka okrągłodenna o wymiarach 12x55 mm  lub 12 x 56 mm, PS |  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Probówka stożkowa o poj. 9 lub 10 ml, (16x100 mm lub 16x105 mm), PS ze znacznikami pojemności: 1/ 2,5/5/10 ml |  | szt | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Probówki z kapilarą na 200 lub 250 µl krwi zawierające EDTA-K2 (mikrometoda) |  | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | Korki do probówek 12 mm; białe lub bezbarwne |  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Korki uniwersalne do probówek 16 mm; bezbarwne lub białe |  | szt | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Probówki do wirowania moczu z PS, poj. 12 ml ( 16x 100 mm lub 16x 105 mm), z wgłębieniem na 0,5 ml osadu, ze znacznikami pojemności: 2,5/5/10 ml oraz kielichowym wlotem |  | szt. | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pipeta automatyczna zmiennopojemnościowa z ukrytym wewnątrz mechanizmem wyrzutnika i wydmuchem o poj. nastawianej 2-20 μl, przystosowana do pracy z ŻÓŁTYMI końcówkami o poj. 200 μl, typu EPPENDORF |  | szt | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pipeta automatyczna zmiennopojemnościowa z ukrytym wewnątrz mechanizmem wyrzutnika i wydmuchem o poj. nastawianej 20-200 μl, przystosowana do pracy z ŻÓŁTYMI końcówkami o poj. 200 μl typu EPPENDORF |  | szt | 2 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 2/4*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III**

**SPRZĘT LABORATORYJNY Z TWORZYW SZTUCZNYCH ORAZ POMOCNICZY SPRZĘT LABORATORYJNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
|  | Pipeta automatyczna zmiennopojemnościowa z ukrytym wewnątrz mechanizmem wyrzutnika i wydmuchem o poj. nastawianej 100–1000 μl, przystosowana do pracy z NIEBIESKIMI końcówkami typu EPPENDORF |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Końcówki bezbarwne, poj. 200 μl; typ GILSON |  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Końcówki żółte do pipet, poj. 200 µl; typ EPPENDORF |  | szt | 60 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Końcówki niebieskie do pipet, poj. 100–1000 µl; typ EPPENDORF |  | szt | 12 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Korki zewnętrzne do probówek o śr. 16 mm, z kielichowym wlotem do wirowania moczu |  | szt. | 7 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pipeta automatyczna zmiennopojemnościowa z ukrytym wewnatrz mechanizmem wyrzutnika i wydmuchem o poj. Nastawianej 10-100 μl, przystosowana do pracy z ŻÓŁTYMI końcówkami o poj. 200 µl typu EPPENDORF |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do OB: probówka na 1 ml krwi z 3,8% cytrynianem sodu + rurka z podziałką i uszczelką mocującą rurkę w probówce, kolor korka: czarny |  | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |
|  | Zestaw do oznaczania OB na 150μl lub 200μl lub 250μl (mikrometoda) |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Szkiełka podstawowe do mikroskopu nieszlifowane (76x26x1) |  | szt | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Szkiełka nakrywkowe, grubość 0,14 mm; 22x22 mm |  | szt | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Szkiełka podstawowe z 2 polami reakcyjnymi o śr. 11-14 mm (łezka) |  | szt | 50 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pipetki SIPHON do wydawania zawartości z kapilar |  | szt. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kapilary nieheparynowane typ 75 |  | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |

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

*Pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li)*

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 3/4*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III**

**SPRZĘT LABORATORYJNY Z TWORZYW SZTUCZNYCH ORAZ POMOCNICZY SPRZĘT LABORATORYJNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
|  | Zatyczki do kapilar o poj. 100 μl |  | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Mieszadełka do kapilar poj. 100 μl |  | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Nakłuwacz automatyczny jałowy, igła dł. 1,8 mm, śr. 0,8 mm |  | szt | 16 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kuwety półmikro polist., poj. do 2,5 ml |  | szt | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Naczynka do analizatora HITACHI poj. 3 ml |  | szt | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Podstawki na 24 szt. kapilar; do ich przechowywania w pozycji pionowej z pojemnikiem i woskiem do ich zamykania |  | szt | 40 |  |  |  |  |  |  |
|  | Bagietka koagulologiczna z PS z haczykiem |  | szt | 500 |  |  |  |  |  |  |
|  | Naczynka z PS do koagulometru COAG CHROM 3003 |  | szt | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pipeta niejałowa PASTEURA z polietylenu dł. 14-15 cm, poj, 1 ml |  | szt | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Kapilary heparynowane typ 75 z hepatyna sodową – pakowane w fiolkach po 100 szt. |  | szt | 12 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pojemniki na odpady zakaźne i ostre, kolor czerwony, min. pojemność 0.5 l, max. poj 0.7 l, max. wys. 12 cm, wymagany kształt pojemnika w przekroju: prostokąt lub owal |  | szt | 300 |  |  |  |  |  |  |
|  | Korki do probówek uniwersalne, śr. zewn. 11-13 mm; bezbarwne |  | szt | 1000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pojemnik na mocz z podłożami transportowo – wzrostowymi CLED / M. CONKEY, max wielkość opakowania 10 szt. |  | szt. | 160 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/III*** *do SIWZ str. 4/4*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu III**

**SPRZĘT LABORATORYJNY Z TWORZYW SZTUCZNYCH ORAZ POMOCNICZY SPRZĘT LABORATORYJNY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
|  | Kamery do analizy osadu moczu z PMMA, z siatką do ilościowej oceny, każda kamera przeznaczona na 10 badań |  | szt. | 700 |  |  |  |  |  |  |
|  | Markery do pisania po szkle wodoodporne, czarne, standardowe |  | szt | 84 |  |  |  |  |  |  |
|  | Pisaki laboratoryjne do pisania po szkle wodoodporne, czarne, cienkopiszące |  | szt | 60 |  |  |  |  |  |  |
|  | Termometr laboratoryjny z wyświetlaczem cyfrowym, zakres temperatur: -50°C do +200°C, **posiadający świadectwo wzorcowania** |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Elektroniczny czasomierz laboratoryjny |  | szt | 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | Tryskawka z tworzywa sztucznego o pojemności 500 ml z nasadką |  | szt | 10 |  |  |  |  |  |  |
|  | Cylinder miarowy PP – 25 ml ze skalą |  | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Cylinder miarowy PP – 250 ml ze skalą |  | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Cylinder miarowy PP – 50 ml ze skalą |  | szt. | 4 |  |  |  |  |  |  |
|  | Statyw obrotowy 6-miejscowy do pipet automatycznych jendokanałowych typu ML Pette Plus |  | szt. | 1 |  |  |  |  |  |  |
|  | Staza łokciowa z automatycznym zapięciem |  | szt. | 2 |  |  |  |  |  |  |
|  | Magnes do usuwania mieszadełka z kapilar |  | szt. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | |  |  |  |  |  |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*...................................... dn. .......................* ...................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/IV*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IV**

**ODCZYNNIKI, MATERIAŁY KONTROLNE I ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA HEMATOLIGICZNEGO MYTHIC 18**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Odczynnik roboczy (maks. wielkość opakowania 10 l) |  | litr | 370 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odczynnik płucząco – myjący |  | litr | 37 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Lizat bezcyjankowy |  | litr | 14 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Płyn myjący |  | litr | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Krew kontrolna poziom NORMALNY, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Krew kontrolna poziom NISKI, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 40 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Krew kontrolna poziom WYSOKI, wymagane parametry: WBC, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW, PLT, MPV, LYM%, MONO%, GRAN% (max. obj. fiolki 2,5 ml) |  | ml | 40 |  |  |  |  |  |  |
| ***Materiały zużywalne*** | | | | | | | | | | |
| 8. | MYTHIC O - RING |  | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | KIT LATEX |  | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | SILIKON GREASE (3 g.) |  | op | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | ----------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu IV, aby dostawca zapewnił udział Laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań Analizatorów Hematologicznych (Labquality lub Randox) min. 2x w roku.**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/V*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu V**

**ODCZYNNIKI LABORATORYJNE DO ANALITYKI OGÓLNEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Barwnik May - Grünwalda |  | litr | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Barwnik Giemsy |  | litr | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Odczynnik Rosina |  | ml | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Barwnik do retykulocytów |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Płyn do liczenia trombocytów (krwinek płytkowych) metodą komorową |  | ml | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Kwas trójchlorooctowy 5% |  | litr | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Odczynik Türka |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Odczynnik Extona |  | litr | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Odczynnik Ehrlicha |  | litr | 0,5 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Cytrynian sodowy 3,8 % |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Wersenian tripotasowy K3 EDTA 15 % |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Olejek immersyjny o gęstości optycznej 1,515 – 1,517 |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Kwas sulfosalicylowy (odcz. Mc Willliama – do jakościowego wykrywania białka w moczu) |  | litr | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Utrwalacz do cytodiagnostyki (spray) |  | ml | 150 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Denaturat |  | litr | 2 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | ---------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 1/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200**

**ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | ALT – aminotransferaza alaninowa   1. met.: kinetyczna, IFCC, bez fosforanu pirydoksalu 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | AST – aminotransferaza asparaginianowa   1. met.: kinetyczna IFCC, bez fosforanu pirydoksalu 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 2 500 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Białko całkowite   1. met.: biuretowa 2. zestaw jednoodczynnikowy 3. odczynnik ciekły, gotowy do użycia |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Mocznik   1. met.: ureaza/dehydrogenaza glutaminianowa 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Amylaza   1. met.: kinetyczna 2. zestaw jednoodczynnikowy 3. odczynnik ciekły, gotowy do użycia |  | ml | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Cholesterol HDL   1. met.: bezpośrednia 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 900 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Cholesterol całkowity   1. met.: oksydaza cholesterolowa/peroksydaza 2. zestaw jednoodczynnikowy 3. odczynnik ciekły, gotowy do użycia |  | ml | 1 200 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 2/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE, MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200 ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 8. | Fosfataza alkaliczna   1. met.: kinetyczna, IFCC, bufor AMP 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Gamma glutamylotransferaza GGTP   1. met.: kinetyczna, IFCC 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 700 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Glukoza   1. met.: oksydaza glukozowa/peroksydaza 2. odczynnik ciekły, gotowy do użycia |  | ml | 6 000 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Kinaza fosfokreatynowa CK   1. met.: kinetyczna, IFCC, aktywator NAC 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Kreatynina   1. met.: pikrynian alkaliczny, bez odbiałczania 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 4 000 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Kwas moczowy   1. met.: urykaza/peroksydaza 2. odczynnik ciekły |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Bilirubina całkowita   1. met.: kwas sulfanilowy 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 2 000 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Bilirubina bezpośrednia   1. met.: kwas sulfanilowy 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 400 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 3/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200**

**ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto  (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 16. | Trójglicerydy   1. met.: oksydaza glicerofosforanu/peroksydaza 2. zestaw jednoodczynnikowy 3. odczynnik ciekły, gotowy do użycia |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Żelazo   1. met.: z ferrozyną i kwasem askorbinowym 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Kinaza kreatynowa – MB (CK – MB)   1. met.: immunoinhibicja 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 500 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Białko w moczu   1. met.: z czerwienią pirogalolu 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | CRP – zestaw do ilościowego oznaczania CRP   1. met. turbidymetryczna 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 1 600 |  |  |  |  |  |  |
| 21. | ASO – zestaw do ilościowego oznaczania ASO   1. met.: turbidymetryczna 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 22. | RF – zestaw do ilościowego oznaczania RF   1. met. turbidymetryczna 2. odczynniki ciekłe |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 4/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200**

**ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 23. | Surowica kontrolna – poziom I - ludzka   1. surowica kontrolna biochemiczna – poziom normalny 2. podane wartości kontrolne dla parametrów biochemicznych z pozycji: 1 -17 3. ten sam producent, co odczynników |  | ml | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Surowica kontrolna – poziom II - ludzka   1. surowica kontrolna biochemiczna – poziom patologiczny 2. podane wartości kontrolne dla parametrów biochemicznych z pozycji: 1 -17 3. ten sam producent, co odczynników |  | ml | 300 |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Surowica kontrolna CK – MB, CK |  | ml | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Surowica kontrolna reumatoidalna – poziom I   1. podane wartości kontrolne dla parametrów z poz. 20 – 22 2. ten sam producent, co odczynniów |  | ml | 66 |  |  |  |  |  |  |
| 27 | Wapń całkowity – met. kolorymetryczna |  | ml | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 28 | Magnez – met. kolorymetryczna |  | ml | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Surowica kontrolna reumatoidalna – poziom II   1. podane wartości kontrolne dla parametrów z poz. 20 – 22 2. ten sam producent, co odczynniów |  | ml | 66 |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Standard do CRP |  | ml | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Standard do ASO |  | ml | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Standard do RF |  | ml | 2 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 5/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200**

**ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 33. | Multikalibrator Biochemiczny – ludzki   1. podane wartości kontrolne dla parametrów biochemicznych z pozycji: 1 -17 2. ten sam producent, co odczynników |  | ml | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 34. | Materiał kontrolny do białka w moczu – poziom niski |  | ml | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 35. | Materiał kontrolny do białka w moczu – poziom wysoki |  | ml | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 36. | Standard do CK-MB |  | ml | 8 |  |  |  |  |  |  |
| ***Akcesoria i części wymienne oraz płyny myjące do analizatora XL – 200*** | | | | | | | | | | |
| 37. | Butelki na reagenty z zakrętką o poj. 50 ml |  | szt | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 38. | Butelki na reagenty z zakrętką o poj. 20 ml |  | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 39. | Tuba na reagenty o poj. 5 ml |  | szt | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 40. | Metalowe wkładki do tub o poj. 5 ml |  | szt | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 41. | XL – 200 ERBA (XL) wash – r-r myjący |  | ml | 10 000 |  |  |  |  |  |  |
| 42. | XL – 200 ERBA (XL) zestaw do konserwacji A.M. Kit |  | op | 2 |  |  |  |  |  |  |
| ***Akcesoria i części wymienne do stacji uzdatniania wody Hydrolab, która jest podłączona do analizatora ERBA XL – 200*** | | | | | | | | | | |
| 43. | Zestaw filtrów wstępnych HLP 10p do stacji uzdatniania wody |  | kpl | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 44. | Wkłady jonowymienne HLP 10p do stacji uzdatniania wody |  | kpl | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 45. | Pojemnik poj. 10l Bio - hazard |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 46. | Pojemnik poj. 10l Cleaning |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VI*** *do SIWZ str. 6/6*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO CHEMII KLINICZNEJ, KALIBRATORY, SUROWICE KONTROLNE,**

**MATERIAŁY ZUŻYWALNE I EKSPLOATACYJNE POTRZEBNE DO PRACY NA ANALIZATORZE ERBA XL – 200**

**ORAZ NA FOTOMETRZE BTS – 330**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| ***Płyn myjący do analizatora ERBA XL - 200*** | | | | | | | | | | | | |
| 47. | | XL – 200 kwaśny płyn myjący |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  | |
| 48. | | XL – 200 zasadowy płyn myjący |  | ml | 1 000 |  |  |  |  |  |  | |
| ***Akcesoria i części wymienne do fotometru BTS 330*** | | | | | | | | | | | | |
| 49. | Płyn myjący do fotometru BTS - 330 | |  | ml | 200 |  |  |  |  |  | |  |
| 50. | Rurka teflonowa TU10249 | |  | szt | 1 |  |  |  |  |  | |  |
| 51. | Wężyk perystaltyczny AC 10413 | |  | szt | 1 |  |  |  |  |  | |  |
| 52. | Lampa halogenowa | |  | szt | 1 |  |  |  |  |  | |  |
| 53. | Pojemnik na ścieki | |  | szt | 1 |  |  |  |  |  | |  |
| **RAZEM:** | | | | | | |  |  |  |  | | --------------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu VI: aby Dostawca zapewnił udział Laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań Biochemicznych (12x w roku) oraz Reumatologicznych (min 4x w roku).**

Wymaga się zaoferowania prze cały okres trwania umowy tego samego nr serii oferowanych surowic, materiałów kontrolnych oraz kalibratorów.

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VII*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VII**

**ODCZYNNIKI I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA Na+/K+/Li+ RAPIDCHEM 754**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Moduł odczynnikowo – ściekowy do 754 |  | kpl. | 11 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Wężyk pompki |  | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Uszczelka portu próbki |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Elektroda sodowa Na+ |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Elektroda potasowa K+ |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Elektroda litowa Li+ |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Elektroda referencyjna |  | szt | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Zestaw roztworu czyszczącego (op. – 90 ml) |  | op. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Materiał kontrolny 3 x 10 ml (3 poziomy), materiał w postaci ciekłej, buteleczki zamykane dozownikiem, termin przydatności materiału po otwarciu buteleczki, zgodny z datą ważności na opakowaniu |  | op. | 12 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Rozcieńczalnik do oznaczania K, Na w moczu (op. 500 ml) |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | -------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu VII aby dostawca zapewnił udział Laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań min. 2x w roku (Sód, Potas, Lit)**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/VIII*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu VIII**

**ODCZYNNIKI I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA RAPIDLAB 348**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Butle z gazami kalibracyjnymi O2/CO2 |  | zestaw | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Płyn płucząco – kondycjonujący |  | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Bufory kalibrujące 6,8 / 7,3 |  | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Materiał kontrolny do gazometrii (30 amp.), wymagane są 3 poziomy kontrolne |  | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Adaptery do kapilar (100 szt. w opakowaniu) |  | op. | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Zestaw wężyków pompki |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Elektroda pO2 |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Elektroda pH |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Płyn do napełniania elektrody pH |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Elektroda Cl |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Elektroda Ca |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Elektroda p CO2 |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Płyn do napełniania elektrod Na/K/Ca |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Płyn do napełniania elektrody referencyjnej |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Elektroda K |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Elektroda Na |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Kaseta elektrody referencyjnej (elektroda referencyjna zewnętrzna) |  | szt | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Roztwór odbiałczający (10 x 2,5 ml) |  | op. | 1 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | ----------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu VIII aby dostawca zapewnił udział Laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań min. 2x w roku (pH, pCO2, pO2)**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/IX*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu IX**

**PASKI TESTOWE ORAZ MATERIAŁY KONTROLNE DO CZYTNIKA MOCZU DIRUI H – 500**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | Paski testowe z 10 następującymi parametrami: urobilinogen, bilirubina, ketony, krew, białko, azotyny, leukocyty, glukoza, ciężar właściwy, pH oraz dodatkowym polem kompensacyjnym własnego zabarwienia moczu na pasku. Wymagana wielkość opakowania 100 szt. (1 op. 100 szt.) |  | op | 70 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Mocz kontrolny negatywny (ten sam producent co pasków) – w postaci ciekłej, w fiolce dozującej o poj. min. 8 ml |  | ml | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Mocz kontrolny pozytywny (ten sam poducent co pasków) – w postaci ciekłej, w fiolce dozującej o poj. min. 8 ml |  | ml | 400 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | -------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu IX aby dostawca testów paskowych zapewnił udział Laboratorium w Międzynarodowym Programie Kontroli Jakości Analizy Moczu min. 2x w roku.**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/X*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu X**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE DO KOAGULOLOGII I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO PRACY NA KOAGULOMETRZE**

**COAG CHROM 3003**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\* |
| 1. | PT – Zestaw do oznaczania czasu protrombinowego, zawierający chlorek wapnia, wymagana pojemność buteleczki nie większa niż 8 ml |  | ml | 600 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | APTT – zestaw do oznaczania czasu kaolinowo – kefalinowego, wymagana pojemność buteleczki nie większa niż 9 ml. Odczynnik ciekły, gotowy do użycia, zestaw zawierający chlorek wapnia. Termin ważności butelki po otwarciu nie krótszy niż 30 dni\* |  | ml | 360 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Osocze kontrolne do badań koagulologicznych poziom normalny |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Osocze kontrolne do badań koagulologicznych poziom patologiczny wysoki |  | ml | 100 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Wieloparametrowe osocze kalibracyjne |  | ml | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Kuweta do CC - 3003 |  | szt | 5 000 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | | |  |  |  |  | ----------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się aby Dostawca przez cały okres trwania umowy zapewnił udział laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań Koagulologicznych – PT, APTT (minimum 2 razy w roku).**

Wymaga się zaoferowania przez czały okres trwania umowy tego samego nr serii oferowanego osocza kontrolnego oraz kalibracyjnego z pozycji: 3 do 5 tabeli pakietu X.

*..................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***2/XI*** *do SIWZ str. 1/1*

**FORMULARZ CENOWY w zakresie pakietu XI**

**ZESTAWY DIAGNOSTYCZNE I MATERIAŁY ZUŻYWALNE DO ANALIZATORA IMMUNOCHEMICZNEGO MINI VIDAS BLUE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa asortymentu | Nr pozycji katalogowej | Jedn. Miary | Ilość | Cena  jedn. Netto (zł) | Wartość netto  (zł) | VAT  (%) | Wartość VAT  (zł) | Wartość brutto (zł) | Wielkość opakowania jednostkowego\*\* |
| 1. | VIDAS FT4 ( 60 oznaczeń) |  | op. | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | VIDAS FT3 ( 60 oznaczeń) |  | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | VIDAS TSH3 ( 60 oznaczeń) |  | op. | 32 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | VIDAS HIGH SENSITIVE TROPONIN I ( 60 oznaczeń) |  | op. | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | VIDAS FERRITIN ( 60 oznaczeń) |  | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | VIDAS HBs Ag ULTRA ( 60 oznaczeń) |  | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | VIDAS D DIMER EXLUSION II ( 60 oznaczeń) |  | op. | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | VIDAS ANTI – HCV ( 60 oznaczeń) |  | op. | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | QCV-QUALITY CONTROL VIDAS  (60 testów) |  | op | 11 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | VIDAS TPSA ( 60 oznaczeń) |  | op. | 7 |  |  |  |  |  |  |
| 11. | VIDAS LYME IGM ( 60 oznaczeń) |  | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | VIDAS LYME IGG ( 60 oznaczeń) |  | op. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | | | | | |  |  |  |  | ----------------- |

\* Informacje zawarte w powyższej kolumnie będą traktowane jako informacje dodatkowe i nie będą miały wpływu na ocenę składanej oferty

**Wymaga się w zakresie pakietu XI, aby Dostawca zapewnił udział laboratorium w Międzynarodowej Kontroli Jakości Badań Immunochemicznych (TSH, FT4, FT3, ferrytyny, HBsAg, antyHCV) minimum 2x w roku.**

*...................................... dn. .......................* ....................................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***3*** *do SIWZ*

*pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**OKREŚLONYCH W ART. 22 UST. 1B PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**22/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa odczynników i podręcznego sprzętu laboratoryjnego dla potrzeb   
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale III   
pkt 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

*pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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.

................................ *dn.* ........................ ........................................................

*pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***4*** *do SIWZ*

*pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 1 PKT 12-23 PZP**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**22/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa odczynników i podręcznego sprzętu laboratoryjnego dla potrzeb   
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp

...................................... *dn.* ........................

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 Pzp lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem/podjęliśmy następujące środki naprawcze:

…………………………………………………………………………………………………

...................................... *dn.* ........................

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

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

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.

...................................... *dn.* ........................ ...............................................................

*pieczątka i podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

*Załącznik nr* ***5*** *do SIWZ*

*pieczęć Wykonawcy*

. **OŚWIADCZENIE**

**O PRZYNALEŻNOŚCI LUB BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na zadanie pn.:

**22/PN/DEG/WK/2020**

**Dostawa odczynników i podręcznego sprzętu laboratoryjnego dla potrzeb   
SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

po zapoznaniu się z zamieszczoną na stronie internetowej Zamawiającego informacją, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp, mając na uwadze treść art. 24 ust. 11 Pzp oświadczam, że:

1. **nie należę**do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia
2. **należę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. 2019 r. poz. 369 z późn. zm.)\* z innymi Wykonawcami biorącymi udział w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia

Należę do grupy kapitałowej w skład której wchodzą:

|  |  |
| --- | --- |
| Numer oferty | Firma (nazwa) lub nazwisko oraz adres Wykonawcy (podmiotu) należącego do tej samej grupy kapitałowej |
|  |  |
|  |  |

*/Wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia/*

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.

\* Niepotrzebne skreślić.

...................................... *dn.* ........................ ........................................................

*pieczątka i* *podpis Wykonawcy*

*lub upełnomocnionego przedstawiciela (li) Wykonawcy*

***UWAGA!*** *Niniejsze oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 Pzp*