**ZAŁĄCZNIK NR 1 do SIWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **OFERTA** |

**Do**

**Polkowickiego Centrum**

**Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.**

**ul. K. B. Kominka 7**

**59-101 Polkowice**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu w postępowaniu o zamówienie publiczne prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na:

**Dzierżawę aparatu do analizy i dostawę pasków na potrzeby Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A. w Polkowicach**

**nr sprawy: L. Dz. 108/2019**

**MY NIŻEJ PODPISANI**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

działając w imieniu i na rzecz

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………**

*(nazwa /firma/ dokładny adres Wykonawcy/Wykonawców)*

*(w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy /firmy/ i dokładne adresy*

*Wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum)*

**1. SKŁADAMY OFERTĘ** na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia,

**2. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**3. OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

**a) Czynsz dzierżawny za cały okres trwania umowy** *(36 miesięcy):*

Cena netto …………………………zł, (słownie: …………. ……………)

Podatek od towarów i usług VAT ……………… zł. (słownie: ……)

Cena brutto …………… …… zł , (słownie ………………………………..);

**b) Dostawa pasków** *(cena jednostkowa x szacunkowa ilość badań za 36 miesięcy):*

Cena netto …………………………zł, (słownie: …………. ……………)

Podatek od towarów i usług VAT ……………… zł. (słownie: ……)

Cena brutto …………… …… zł , (słownie ………………………………..);

**c) Łączna cena oferty (a+b):**

Cena netto …………………………zł, (słownie: …………. ……………)

Podatek od towarów i usług VAT ……………… zł. (słownie: ……)

Cena brutto …………… …… zł , (słownie ………………………………..);

**d) ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do dostawy aparatu do siedziby Zamawiającego w terminie ………………… od podpisania umowy.

**e) ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do realizacji zamówienia dostawy pasków terminie ……… dni roboczych od otrzymania zamówienia.

**4**. **OFERUJEMY** sprzęt nowy, rok produkcji …………………..

**5. OŚWIADCZAMY**, że należymy:

- do małych przedsiębiorstw\*

- do średnich przedsiębiorstw\*

- nie dotyczy\*

**6. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w SIWZ.

**7. UWAŻAMY SIĘ** za związanych z niniejszą ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**8. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami / niżej wymienione części zamówienia zostaną powierzone do realizacji podwykonawcom (należy podać zakres):

1…………………………….

**9. OŚWIADCZAMY**, że sposób reprezentacji spółki/konsorcjum\* dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

………………………………………………………………...……………………………………………………………………………… *(wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja)*

**10. OŚWIADCZAMY**, że następujące informacje/dokumenty stanowią **tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane:

a) …………………………………………………………………………………………………………,

b) …………………………………………………………………………………………………………

*(w załączeniu* ***uzasadnienie*** *zastrzeżenia ww. informacji i dokumentów jako tajemnicy przedsiębiorstwa)*

**11. OŚWIADCZAMY**, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

**12. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z postanowieniami umowy, określonymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

**13. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………….………………

email …………………………………………….. fax ………………………………..

**14. OFERTĘ** niniejszą składamy na ………. kolejno ponumerowanych stronach.

**15. WRAZ Z OFERTĄ** składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

- ……………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

……………………….. dnia ……….. 20 … roku

……………………………………………..

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

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)

**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**Do Formularza Oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć Wykonawcy/Wykonawców) | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**Dzierżawę aparatu do analizy i dostawę pasków na potrzeby Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A. w Polkowicach**

**nr sprawy: L. Dz. 108/2019**

Podstawowe dane techniczne:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów** | **Wartość wymagana** | **Podać / określić/ słowem "TAK" potwierdzić spełnienie parametru** | **Ocena jakości/****Punktacja** |
| **I. Wymagania ogólne w zakresie sprzętu** |
| 1 | Nazwa i typ aparatu, producent, kraj producenta | **Podać** |  |  |
| 2 | Aparat i wyposażenie - rok produkcji min. 2018, urządzenia nowe, nieużywane, nieregenerowane, niedemonstracyjne | Tak, podać |  |  |
| 3 | automatyczna kompensacja nietypowej barwy moczu | Tak |  |  |
| 4 | wbudowana drukarka termiczna, | Tak |  |  |
| 5 | możliwość przyłączenia zewnętrznej klawiatury oraz czytnika kodów kreskowych | Tak |  |  |
| 6 | wprowadzanie (manualne, BCR) barwy i klarowności z poziomu konfigurowalnego menu | Tak |  |  |
| 7 | procedura automatycznej kontroli podczas każdorazowego włączenia | Tak |  |  |
| 8 | łatwa i szybka kontrola jakości za pomocą pasków kontrolnych | Tak |  |  |
| 9 | współpraca z ciekłymi moczami kontrolnymi | Tak |  |  |
| 10 | zamknięty pojemnik na zużyte paski | Tak |  |  |
| 11 | wydajność: 400 pasków/godzinę | Tak |  |  |
| 12 | ekran: dotykowy, kolorowy „5’’, typu TFT (320 x 240 p.) | Tak |  |  |
| 13 | możliwość ustawienia opcji zdefiniowanych przez użytkownika | Tak |  |  |
| 14 | interfejs: RS 232 dla podłączenia do LSI (LIS)/PC | Tak |  |  |
| 15 | pojemność pamięci: min. 1000 ostatnich pomiarów | Tak |  |  |
| 16 | Czytnik kodów kreskowych | Tak |  |  |
| 17 | Wymiana zużytych części | Tak |  |  |
| **II. środki eksploatacyjne** |
| 1 | Minimalna ilość pasków - rocznie 177 op. (1 opakowanie zawiera 100 szt.), czyli 531 op. (1 op. = 100 szt.) przez okres trwania umowy, tj. 36 m-cy. Paski z 11 polami, przy czym 10 pól to pola diagnostyczne, a pole 11-te, to pole kompensujące ciemne zabarwienie moczu | **Tak** |  |  |
| **III. Stacja PC z wyposażeniem - 1 szt.** |
| 1 | Stacja robocza minimalne parametry:Obudowa typu MIDI-TOWER, Procesor Intel Core i5-7400 (od 3.00 GHz do 3.50 GHz), pamięć min. 16 GB (2 x po 8 GB), DVD SuperMulti SATA, dysk SATA 2,5” 2 x 1TB w trybie RAID1, LAN 10/100/1000 MbpsRodzaje i ilość wejść:Panel przedni:USB 3.1 Gen. 1 (USB 3.0) - 2 szt.Wyjście słuchawkowe - 1 szt.Czytnik kart pamięci - 1 szt.Panelt Tylni:USB 3.1 Gen. 1 (USB 3.0) - 2 szt.USB 2.0 - 4 szt.RJ-45 (LAN) - 1 szt.VGA (D-sub) - 1 szt.HDMI - 1 szt.PS/2 Combo - 1 szt.AC-in (wejście zasilania) - 1 szt.Port COM - 1 sztPCI-e x16 - 1 szt.PCI-e x1 - 2 szt.SATA III - 2 szt. System operacyjny: Windows 10 Pro 64-bit Wersja BOX | Tak |  |  |
| 2 | Monitor LED min. 23” Rozdzielczość: min. 1920x1080, matryca LED, IPS, Powłoka matrycy: matowa, format ekranu 16:9 Kontrast 1 000:1 | Tak, podać |  |  |
| 3 | Mysz + klawiatura Logitech MK-120 | Tak |  |  |
| 4 | Czytnik kodów kreskowych przez USB współpracujący z programem KS-SOLAB | Tak |  |  |
| 5 | UPSMoc [W] 400Moc pozorna [VA] 650Napięcie wejściowe [V] 230Kształt napięcia wyjściowego Aproksymowana sinusoidaCzas podtrzymania 5 minutyCzas przełączania 6-10 msŚredni czas ładowania 6 godzinArchitektura OfflineObudowa DesktopZabezpieczenia PrzepięcioweZimny start tak | Tak |  |  |
| 6 | Zestaw okablowania niezbędnego do podłączenia stacji I systemu | Tak |  |  |
| 7 | Stacja PC, monitor, czytnik kodów kreskowych, Mysz + klawiatura po zakończeniu umowy przechodzi na własność Zamawiającego | Tak |  |  |
| **IV. Oprogramowanie**  |
| 1 | Zamawiający informuje, że posiada licencję Oprogramowanie KS-SOLAB - Moduł Analityka - Moduł Urządzenia- Moduł Rejestracja  | - |  |  |
| 2 | Podłączenie / konfiguracja urządzenia diagnostycznego i uzyskanie pełnej funkcjonalności jaką Zamawiający posiada pomiędzy urządzeniami a rejestracją. Praca na listach roboczych, praca na kodach kreskowych, jednokierunkowa transmisja danych, wysyłka wyników do systemu LIS, zapisywanie wyników w programie KS-SOLAB, integracja czytnika z systemami KS-SOLAB, KS-SOMED | Tak. Opisać funkcjonalność |  |  |
| **V Serwis, gwarancja, szkolenia** |
| 1 | Instrukcje obsługi dla oferowanego systemu w języku polskim (2 kpl) wraz z dostawą w formie papierowej i na nośniku elektronicznym. Raporty serwisowe i karty pracy w języku polskim. | Tak |  |  |
| 2 | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych (rozumiane jako kontakt telefoniczny lub rozpoczęcie interwencji zdalnej) od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-18.00 z wyłączeniem dniustawowo wolnych od pracy – awaria zgłoszona po godzinie 17.00 będzie podjęta następnego dnia roboczego - **wymagany czas ≤ 12h** | Tak podać |  |  |
| 3 | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych (rozumiane jako przyjazd serwisu) - działanie podjęte w momencie, kiedy czynność serwisowana zdalna nie przynosi efektu , od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-18.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy– **wymagany czas ≤ 24h** | Tak podać |  |  |
| 4 | Czas skutecznej naprawy nie więcej niż 3 dzień roboczy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, liczony od momentu przyjazdu serwisu, chyba że naprawa wymaga zamówienia części zamiennych od producenta, wówczas maksymalny czas skutecznej naprawy wyniesie nie więcej niż **5 dni****roboczych** od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak podać |  |  |
| 5 | Przeprowadzenie szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu w zakresie dostosowanym do potrzeb zamawiającego wg harmonogramu ustalonego najdalej 2 tygodnie po dniu podpisania umowy dostawy. | Tak |  |  |
| 6 | Dostępność części zamiennych i serwisu min. 10 lat od dnia instalacji | Tak podać |  |  |
| 7 | Autoryzowany Serwis zlokalizowany na terenie Polski | Tak |  |  |
| 8 | Aparat i elementy wyposażenia – wyroby medyczne oznaczone znakiem CE i dopuszczone do obrotu i użytkowania. | Tak |  |  |
| 9 | Oferowane oprogramowania, systemy operacyjne, aplikacyjne będą dostarczone w najnowszej wersji obowiązujące w 2018 r., a następnie w wersjach aktualizujących - w okresie udzielonej gwarancji | Tak |  |  |
| 10 | Gwarancja na cały oferowany system i sprzęt do **min. 36 miesięcy.** W tym okresie przeglądy wymagane przez producenta dla zachowania gwarancji na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem (min. 1 przegląd rocznie) wraz z wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych, ups itd. W przypadku usterki nośnika danych (dysku twardego) w trakcie trwania gwarancji uniemożliwiającej bezpowrotne usunięcie danych bez trwałego zniszczenia nośnika (dysku twardego), przed oddaniem go do serwisu, Zamawiający zatrzymuje uszkodzony nośnik oraz otrzymuje nowy o parametrach zgodnych z uszkodzonym – wymóg podyktowany koniecznością wyeliminowania możliwości wycieku danych wrażliwych, które mogą być na ww. nośniku przechowywane. | Tak podać |  |  |
| 11 | W przypadku awarii analizatora zastępczy w ciągu maks. trzech dni roboczych, lub pokrycie kosztów wykonania analizy w innym laboratorium. | Tak podać |  |  |
| 12 | Wykonawca ponosi koszty wykonania rocznych przeglądów.  | TAK |  |  |

………………………….. dnia ……… 20…..… roku

……………………………………………..

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**Do Formularza Oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **Formularz cenowy** |

Składając ofertę w przetargu nieograniczonym na:

**Dzierżawę aparatu do analizy i dostawę pasków na potrzeby Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A. w Polkowicach**

**nr sprawy: L. Dz. 108/2019**

oferujemy:

**1) Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  | **Cena netto****za 1 m-c dzierżawy** | **Cena brutto** **za 1 m-c dzierżawy**  | **Ilość m-cy**  | **Wartość netto** | **Wartość brutto**  |
| **1.** | Czynsz dzierżawny |  |  | **36** |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

**2) Dostawa pasków:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa**  | **Ilość szacunkowa badań za 36 m-cy** | **Cena jednostkowa netto za 1 badanie**  | **Cena jednostkowa brutto za 1 badanie**  | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| **1.** |  | 531 op. *(1 op. = 100 szt.)* |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |

………………………….. dnia ……… 20…… roku ……………………………………………..

*(podpis Wykonawcy/Wykonawców)*