**ZAŁĄCZNIK NR 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 1 – FORMALDEHYD***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | | **Zamawiana ilość** | | **Wymagana wielkość opakowania** | | **Oferowana ilość opakowań** | | **Cena netto opakowania** | | **Wartość netto** | | **Stawka VAT %** | | **Wartość brutto** | | **Numer katalogowy** | | **Producent** | |
| 1. | 2. | 3. | | 4. | | 5. | | 6. | | 7. | | 8. | | 9. | | 10. | | 11. | | 12. | |
| 1 | Formaldehyd 4% do histopatologii zbuforowany pH 7,1-7,3 |  | | 2000 l | | 5 l | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | | | **X** | |  | | **X** | | **X** | | **X** | |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 2 – PARAFINA HOSTOPATOLOGICZNA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Numer katalogowy** | **Producent** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Parafina histopatologiczna w formie łusek / granulek z dodatkiem 0,8 % DMSO (temp. topnienia 55-59°C.) |  | 1600 kg | 5-10kg |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | X |  | X | X |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 3 – TUSZ / ATRAMENT HISTOPATOLOGICZNY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Numer katalogowy** | **Producent** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor ZIELONY |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor CZERWONY |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor NIEBIESKI |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor ŻÓŁTY |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor POMARAŃCZOWY |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Tusz histopatologiczny do znakowania utrwalonych w formalinie tkanek. Tusze trwałe, odporne na działanie alkoholu i ksylenu. Kolor CZARNY |  | 8 op | 60 ml z wkraplaczem |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Utrwalacz do tuszu histopatologicznego, butelka z atomizerem |  | 2 op | 200-250 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Bezksylenowy preparat do czyszczenia sprzętu i powierzchni z parafiny butelka z atomizerem |  | 12 op | 100-150 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 4 – MORFOLOGIA KRWI OBWODOWEJ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |  |  |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7 | 8. | 9 | 10 | 1 | 13. |  |  |
| **A** | Morfologia krwi obwodowej |  | **5 000 ozn** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B** | **WSZYSTKIE NIEZBĘDNE DO WYKONYWANIA ANALIZ ODCZYNNIKI:** | | | | | | | | | | |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |  |  |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**  ***UWAGA:***  Oznaczenie wykonywane będzie na analizatorze hematologicznym MICROS 60 firmy HORIBA ABX | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykonawca kalkulując ilość odczynników potrzebnych do wykonania 5 000 ozn. bierze pod uwagę wszystkie procesy (płukanie, rozpoczęcie pracy, zakończenie  pracy itp.) będące integralną częścią oznaczeń. | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykonawca w tabeli B podaje wszystkie niezbędne do wykonywania analiz odczynniki | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zamawiający wymaga odczynników dopuszczonych przez producenta urządzenia. W przypadku oferowania odczynników pochodzących od innych producentów Zamawiający wymaga oświadczenia producenta analizatora potwierdzającego kompatybilność oferowanych odczynników z posiadanym urządzeniem. | | | | | | | | | | | | | | |

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 5**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 5 – ANALITYKA II*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestaw do oznaczania antygenu Giardia lamblia metodą immunoenzymatyczną |  | 384 ozn. | 96 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw do oznaczania przeciwciał anty T.pallidum (TPHA) – krwinki gotowe do użycia |  | 600 ozn. | nie więcej niż 100 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**  ***UWAGA:*** | |
| * + - 1. ZESTAWY MUSZĄ ZAWIERĆ WSZYSTKIE ODCZYNNIKI UMOŻLIWIAJĄCE WYKONANIE OZNACZENIA.       2. Dotyczy pozycji nr 2 – Odczynniki gotowe do użycia.       3. Dotyczy pozycji nr 2 – Wykonawca dostarcza płytki – jedna płytka do każdego zamawianego zestawu. |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 6**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 6 – ANALITYKA III*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** | | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | | |
| 1 | Zestaw do oznaczania antygenu Helicobacter pylori w kale |  | 400 ozn. | nie więcej niż 50 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 2 | Zestaw do jakościowego wykrywania krwi utajonej w kale (bez specjalnej diety) |  | 200 ozn. | nie więcej niż 50 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** | | |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**  ***UWAGA:*** | | | | | | | | | | | | |
| ZESTAWY MUSZĄ ZAWIERĆ WSZYSTKIE ODCZYNNIKI UMOŻLIWIAJĄCE WYKONANIE OZNACZENIA. | | | | | | | | | | | |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   do reprezentowania Wykonawcy) | | | | | | | | | | | | |

**ZAŁĄCZNIK NR 7**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 7 – DIAGNOSTYKA BORELIOZY*** | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | | **Wymagana wielkość opakowania** | | **Oferowana ilość opakowań** | | **Cena netto opakowania** | | | **Wartość netto** | | **Stawka VAT (%)** | | **Wartość brutto** | | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | | 3. | 4. | | 5. | | 6 | | 7. | | | 8. | | 9. | | 10. | | 11. | 12. |
| 1 | Zestaw do oznaczania przeciwciał przeciw Borrelia burgdorferi w klasie IgG metodą immunoenzymatyczną | |  | 960 ozn. | | 96 ozn. | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 2 | Zestaw do oznaczania przeciwciał przeciw Borrelia burgdorferi w klasie IgM metodą immunoenzymatyczną | |  | 960 ozn. | | 96 ozn. | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | | | |  | | **X** | |  | | **X** | **X** |
|  | | | | | | | | | |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

|  |
| --- |
| ***UWAGA:***   * 1. Dołki reakcyjne opłaszczone co najmniej antygenami B.burgdorferi. B.afzelii, B.garinii;   2. Obydwie pozycje od jednego producenta   3. Możliwość podziału płytki reakcyjnej na paski;   4. Zestaw zawiera wszystkie odczynniki umożliwiające wykonanie oznaczeń |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 8**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 8 – DIAGNOSTYKA KIŁY II*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** | | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6 | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | | |
| 1 | Zestaw do wykonywania odczynu RPR |  | **3 000 ozn.** | nie więcej niż 250 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** | | |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   do reprezentowania Wykonawcy) | | | | | | | | | | | | |

**ZAŁĄCZNIK NR 9**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PAKIET NR 9 – PODŁOŻA BAKTERIOLOGICZNE*** | | | |  |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowania** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | | | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | | | **Producent** | | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | | | 9. | 10. | | | 11. | | 12. |
| 1 | Agar do badania szczepów wywołujących hemolizę wzbogacony 5% krwią barana (Columbia) - płytki |  | 500 szt. | nie więcej niż  20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 2 | Chromogenne podłoże do ilościowego badania bakterii w moczu z identyfikacją bezpośrednią co najmniej Escherichia coli, Enterococcus spp., Proteus spp.- płytki |  | 300 szt. | nie więcej niż  20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 3 | Podłoże do izolowania Pseudomonas aeruginosa z cetrymidem - płytki |  | 100 szt. | nie więcej niż 1 0 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 4 | Podłoże do hodowli dwoinek rzeżączki wg Thayera-Martina - płytki |  | 120 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 5 | Podłoże Mueller-Hintona do badania lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krążkową - płytki |  | 500 szt. | nie więcej niż  20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 6 | Podłoże chromogenne do badań przesiewowych w kierunku gronkowców - płytki |  | 50 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 7 | Wybiórcze podłoże do wykrywania i identyfikacji paciorkowców grupy B - płytki |  | 100 szt. | nie więcej niż  20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 8 | Wybiórcze podłoże do hodowli bakterii z rodzaju Haemophilus - płytki |  | 100 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 9 | Podłoże CHAPMANA - płytki |  | 400 szt. | nie więcej niż  20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 10 | Podłoże wybiórcze dla enterokoków - płytki |  | 150 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 11 | Podłoże MAC CONKEYA - płytki |  | 460 szt. | nie więcej niż 20 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 12 | Podłoże MUELLER-HINTON z 5% krwią końską i 20 mg/l NAD - płytki |  | 100 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 13 | Columbia agar + CNA + 5%KB- płytki |  | 300 szt. | nie więcej niż  10 szt. |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 14 | Agar tryptozowo-sojowy |  | 500 g | 500 g |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 15 | Kwas boronowy – identyfikacja szczepów KPC |  | 2 ml | 2 ml |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 16 | EDTA 0.5M |  | 2 ml | 2 ml |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 17 | Plazma królicza |  | 60 ml | nie więcej niż  5 ml |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 18 | Sole żółci / do identyfikacji S.pneumoniae/ |  | 4 ml | nie więcej niż  2 ml |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| 19 | Podłoże TODD – HEWITT BROTH do namnażania Streptococcus agalactie |  | 500 g | 500 g |  |  |  | | |  |  | | |  | |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | | | **X** |  | | | **X** | | **X** |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**  ***UWAGA:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Termin ważności: podłóż zawierających krew minimum 5 tygodni, podłóż nie zawierających krwi minimum 7 tygodni od daty dostawy; | | | | | | | | | | | | |  | |
| 2. Trwały nadruk z nazwą płytki na dnie płytki. Nr serii na płytce. Data ważności (przydatności) na płytce; | | | | | | | |  |  | | |  |  | |
| 3. Wykonawca wraz z każdą dostawą dostarczy świadectwo kontroli jakości lub wskaże miejsce gdzie można się z nim zapoznać (dotyczy poz. 1-13)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   do reprezentowania Wykonawcy) | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **ZAŁĄCZNIK NR 10**  **FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**   |  | | --- | | ***PAKIET NR 10 – KRĄŻKI ANTYBIOTYKOWE ORAZ IDENTYFIKACYJNE*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | | **Wymagana wielkość opakowania** | | **Oferowana wielkość opakowania** | | **Oferowana ilość opakowań** | | **Cena netto opakowania** | | **Wartość netto** | | **Stawka VAT %** | | **Wartość brutto** | | **Producent** | | **Numer katalogowy** | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | | 5. | | 6. | | 7. | | 8. | | 9. | | 10. | | 11. | | 12. | | 13. | |
| **A** | ***KRĄŻKI ANTYBIOTYKOWE:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Amikacyna 30ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2 | Amoksycylina z kwasem klawulanowym 2/1 ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 3 | Amoksycylina z kwasem klawulanowym 20/10ug |  | 300 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 4 | Ampicylina /Sulbactam 10/10 |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 5 | Ampicylina 10ug |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 6 | Ampicylina 2ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 7 | Aztereonam 30ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 8 | Cefadroksyl 30ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 9 | Cefaklor 30ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 10 | Cefaleksyna 30 ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 11 | Cefepim 30ug |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 12 | Cefoksytyna 30ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 13 | Cefotaksym 30ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 14 | Cefotaksym 5ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 15 | Ceftariakson 30 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 16 | Ceftazydym – awibaktam 10-4 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 17 | Ceftazydym 10ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 18 | Ceftazydym 30ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 19 | Ceftolozan – tazobaktam 30-10 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 20 | Cefuroksym 30ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 21 | Chinupristyna / Daflopristyna 15ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 22 | Chloramfenikol 30ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 23 | Ciprofloksacyna 5ug |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 24 | Doksycyklina 30 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 25 | Doripenem 10 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 26 | Ertapenem 10 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 27 | Erytromycyna 15ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 28 | Fosfomycyna 200 |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 29 | Gentamicyna 30 ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 30 | Gentamicyna 10ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 31 | IMIPENEM 10ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 32 | Klindamycyna 2ug |  | 200 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 33 | Kloksacylina |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 34 | Kwas Fusydowy 10ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 35 | Kwas Nalidyksowy 30 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 36 | Lewofloksacyna 5ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 37 | Linezolid 10 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 38 | Meropenem 10ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 39 | Moksifloksacyna 5 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 40 | Mupirocyna 200ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 41 | Nitrofurantoina 100ug |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 42 | Nitroksolina 30 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 43 | Norfloksacyna 10ug |  | 150 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 44 | Ofloksacyna 5ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 45 | Oksacylina 1ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 46 | Paski do oznaczania wartości MIC ceftiakson 0.002-32 |  | 10 szt. | | 10 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 47 | Paski do oznaczania wartości MIC penicylina 0.002-32 |  | 10 szt. | | 10 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 48 | Penicylina G 1 IU |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 49 | Penicylina V 10ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 50 | Piperacylina/Tazobactam 30/6 ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 51 | Sterylne krążki nie zawierające antybiotyku |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 52 | Streptomycyna 300ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 53 | Teikoplanina 30ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 54 | Tetracyklina 30ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 55 | Tikarcylina 75ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 56 | Tikarcylina z kwasem klawulawalnym 75/10ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 57 | Tobramycyna 10ug |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 58 | TRIMETOPRIM/SULFAMETAKSAZOL 1,25/23, 75ug |  | 250 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 59 | Tygecyklina 15 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 60 | Vankomycyna 5 ug |  | 50 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ***B*** | ***KRĄŻKI IDENTYFIKACYJNE:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Krążki nasycone bacytracyną do identyfikacji Streptococcus |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2 | Krążki nasycone chlorowodorkiem etylohydrokupreiny do rozróżnienia szczepów Streptococcus pneumoniae |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 3 | Krążki do różnicowania szczepów Enterococcus faecalis i Enterococcus faecium |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 4 | Krążki nasycone furazolidonem do różnicowania bakterii z rodzaju Staphyloccocus od bakterii z rodzaju Micrococcus |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 5 | Krążki nasycone nowobiocyną do identyfikacji Staphylococus saprophyticus |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 6 | Krążki nasycone glukozą i błękitem bromotymolowym do różnicowania bakterii z rodzaju Moraxella od bakterii z rodzaju Neisseria |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 7 | Krążki do różnicowania pałeczek z rodzaju Haemophilus nasycone: czynnikiem V (wyciąg drożdżowy) |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 8 | Krążki do różnicowania pałeczek z rodzaju Haemophilus nasycone czynnikiem X (hematyną) |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 9 | Krążki nasycone cefinazą do badania obecności B-laktamaz |  | 100 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 10 | Testy paskowe do próby oksydazowej |  | 300 szt. | | 50 szt. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | | | |  | | **X** | |  | | **X** | | **X** | |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***UWAGA:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Krążki antybiotykowe:*** | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. Wszystkie krążki antybiotykowe powinny posiadać termin ważności minimum 10 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu oraz pochodzić od jednego producenta; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Każda fiolka musi posiadać etykietę z nazwą antybiotyku, jego stężeniem, datą ważności i numerem serii; | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 3. Każdy krążek musi zawierać międzynarodowe, niezmieniające się oznaczenie i stężenie antybiotyku zgodnie z zaleceniami EUCAST lub CLSI, wydrukowane dwustronnie; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Każda fiolka z krążkami powinna być zapakowana w oddzielny, hermetycznie zamknięty blister z pochłaniaczem wilgoci; | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 5. Krążki o średnicy 6 mm. | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 11**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 11 – PODŁOŻA MYKOLOGICZNE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Podłoże Sabouraud z chloramfenikolem i gentamycyną - płytki |  | 300 szt. | nie więcej niż 10 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Podłoże Sabouraud z chloramfenikolem i aktidionem - płytki |  | 500 szt. | nie więcej niż 10 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Płytki dwudzielne: Sabouraud z chloramfenikolem i Sabouraud z aktidionem |  | 400 szt. | nie więcej niż 10 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Wybiórcze chromagenne podłoże do identyfikacji grzybów drożdżopodobnych do (co najmniej 4 gatunków) - płytki |  | 100 szt. | nie więcej niż 10 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Sabouraud agar z chloramfenikolem (sypkie) |  | 1500 g | 500 g |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Grubość podłóż co najmniej 5 mm (utrzymująca się do daty użycia);

2. Termin ważności płytek co najmniej 8 tygodni od daty dostawy;

3. Wykonawca do każdej partii dołącza świadectwo kontroli jakości lub wskazuje adres pod którym można się z nim zapoznać;

4. Wykonawca dostarcza kolorowy wzornik potwierdzający umożliwienie identyfikacji co najmniej 4 gatunków grzybów drożdżopodobnych na podłożu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 12**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 12 – IDENTYFIKACJA i OZNACZENIE LEKOWRAŻLIWOŚCI GRZYBÓW DROŻDŻOPODOBNYCH***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestawy do identyfikacji grzybów drożdżopodobnych |  | **20 ozn.** | nie więcej niż 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestawy do oznaczania lekowrażliwości grzybów drożdżopodobnych na chemioterapeutyki |  | **20 ozn.** | nie więcej niż 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

* + - 1. Obie pozycje od jednego Producenta.
      2. Termin ważności zestawów nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostarczenia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 13**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 13 – DIAGNOSTYKA MYKOPLAZMY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestaw do hodowli, identyfikacji i oceny ilościowej oraz oznaczenia lekowrażliwości mykoplazm wywołujących zakażenia dróg moczowo - płciowych |  | **60 ozn.** | nie więcej niż 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

Zestaw musi zawierać wszystkie odczynniki potrzebne do wykonania oznaczenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 14**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 14 – DIAGNOSTYKA PRĄTKA GRUŹLICY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6 | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Płynne podłoże do hodowli prątków |  | 4 000 szt. | 100 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Suplement do podłoża do hodowli prątków |  | 4 000 szt. | 100 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Zestaw do oznaczania lekowrażliwości prątków na pyrazynamid+uchwyt AST |  | 1 zestaw | 50 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Zestaw do oznaczania lekowrażliwości prątków na 4 podstawowe tuberkulostatyki (SIRE)+uchwyt AST |  | 8 zestawów | 40 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Testy do różnicowania M tuberculosis i MOTT z podłoży płynnych |  | 150 szt. | 25 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Kalibrator (17 składnikowy) |  | 1 zestaw |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Paski do wykrywania kwasu nikotynowego |  | 300 szt. | 25 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | **X** |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Zestaw do oznaczania lekowrażliwości (poz. 3 i 4) ważne co najmniej 12 miesięcy od daty dostawy;

2. Dopuszcza się wykazanie w poz. 3 i 4 wszystkich elementów umożliwiających wykonanie lekowrażliwości;

3. Diagnostyka będzie prowadzona na urządzeniu MGIT 320 (firmy Becton Dickinson).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 15**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 15 – ELEKTROFOREZA BIAŁEK***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7 | 8. | 9. | 10. | 11. | | 12. |
| 1 | Zestaw do elektroforezy białek surowicy z żelami dla 15 pacjentów |  | 900 ozn. | 10 x 15 ozn. |  |  |  |  |  |  | |  |
| 2 | Zestaw do oznaczeń białka monoklonalnego dla 1 pacjenta |  | 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 3 | Zestaw do oznaczania białka monoklonalnego dla 2 pacjentów |  | 320 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 4 | Zestaw immunosurowic do wykrywania białka monoklonalnego |  | 360 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 5 | Zestaw immunosurowic do wykrywania białka Bence Jonesa |  | 40 ozn. |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 6 | Surowica kontrolna do elektroforezy białek surowicy – poziom I |  | 5 ml | 5 x 1 ml |  |  |  |  |  |  | |  |
| 7 | Surowica kontrolna do elektroforezy białek surowicy - poziom II |  | 5 ml | 5 x 1 ml |  |  |  |  |  |  | |  |
| **B** | ***KALIBRATORY, MATERIAŁY ZUŻYWALNE – wszystkie* niezbędne odczynniki do wykonania analiz w ilości podanej w Tabeli A *:*** | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  |  |  | |  |  |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Oznaczenia wykonywane na analizatorze HYDRASYS 2 firmy Sebia.

2. Wykonawca w tabeli B podaje wszystkie niezbędne odczynniki do wykonywania analiz.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 16**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 16 – DIAGNOSTYKA KIŁY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Zestaw do wykonywania odczynów FTA i FTA ABS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1A | Antygen krętkowy Treponema pallidium |  | 50 ml | 2 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1B | Ultrasonat krętków Reitera |  | 20 ml | 1 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1C | Surowica p/ludzkim gammaglobulinom znakowana izotiocyjanem Fluoresceiny |  | 15 ml | 1 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Zestaw do wykonywania odczynu VDRL w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym |  | 500 ozn. | nie więcej niż 250 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **x** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

* + - 1. Zestaw w pozycji nr 2 zawiera wszystkie potrzebne do wykonania oznaczenia odczynniki oraz kontrole dodatnią i ujemną

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 17**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 17 – PASKI DO OZNACZANIA GLUKOZY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 1. | Paski do oznaczania glukozy we krwi współpracujące z glukometrem w systemie zamkniętym o minimalnych parametrach zgodnych z opisem pod tabelą |  | 4 750 szt | 50 szt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

*1. MINIMALNE PARAMETRY GLUKOMETRÓW*:

- monitorowanie glikemii w osoczu,

- zakres pomiaru 10-600 mg/dl,

- wielkość próbki 0,6 mikrolitra,

- czas trwania pomiaru 5 sek.

1. Zamawiający posiada glukometry Glucomaxx. W przypadku oferowania pasków do innych glukometrów spełniających powyższe parametry Wykonawca w cenie pasków dostarcza 10 szt. Glukometrów wraz z zapewnieniem szkolenia i serwisu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 18**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 18 – PASKI SCHIRMERA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7 | 8 | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | **Paski diagnostyczne do badania suchego oka (test Schirmera)** |  | **4 op** | **100 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 19**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 19 – ODCZYNNIKI CHEMICZNE DO CENTRALNEGO LABORATORIUM***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr**  **katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Aceton |  | **2000 ml** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | (Cytrynian sodu cz.d.a.) Cytrynian trójsodowy uwodniony cz.d.a. |  | **2000 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Glicerol |  | **2000 ml** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kwas solny stężony w zak. stez 35-38% |  | **1000 ml** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Fosforan potasu I zasadowy cz.d.a. |  | **500 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Wodorotlenek sodu cz.d.a. |  | **2000 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Wodorotlenek potasu cz |  | **8000 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | N-acetyloL-cysteina |  | **500 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Metanol cz.d.a |  | **1000 ml** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Siarczan magnezowy MgSO4 x 7H2O cz.d.a |  | **100 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | L-asparagina bezwodna cz.d.a. |  | **200 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Chlorek sodu cz.d.a. |  | **1000 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Cytrynian magnezu cz.d.a |  | **200g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Zieleń malachitowa cz |  | **100 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Dwuwodorofosforan potasu KH2PO4 cz.d.a |  | **500 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Fosforan sodu dwuzasadowy Na2HPO4x 12H20 cz.d.a |  | **500 g** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Alkohol etylowy cz. |  | **1000 ml** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | |  | X |  | x | X |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 20**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 20 – ANTYGEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5.  . | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11. | 12. |
| 1 | Zestaw zawierający przeciwciała monoklonalne do wykrywania antygenu Ch.trachomatis metodą immunofluorescencji bezpośredniej |  | **200 ozn.** | **50 ozn.** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Szkiełka kontrolne – kontrola dodatnia |  | **10 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Szkiełka kontrolne – kontrola ujemna |  | **10 szt** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:\****

1. Odczynniki umożliwiają diagnostykę w następujących materiałach: wymazy z szyjki macicy i cewki moczowej, wymazy z oczu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 21**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 21 – TESTY NASKÓRKOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | Testy naskórkowe zawierające min. 30 alergenów kontaktowych.  ***Obligatoryjne alergeny:***  1. dwuchromian potasu 0,5% waz;  2. parafenylenodiamina 1,0% waz;  3. mieszanka tiuramów 1,0% waz;  4. siarczan neomycyny 20% waz;  5. chlorek kobaltu (II) sześciowodny 1,0% waz.  6. mieszanka kain III 10% waz.  7. siarczan niklu sześciouwodniony 5% waz;  8. 2-hydroksyetylometakrylan 2% waz.  9. kalafonia 20% waz;  10. mieszanka parabenów 16% waz.  11. siarczan gentamycyny 20% waz.  12. Alkohol lanoliny (alkohol wełny ) 30% waz.  13. żywica epoksydowa, bisfenol A 1,0% waz.  14. żywica Myroxylon Pereirae (balsam peruwiański) 25 % waz.  15. 2-merkaptobenzotiazol 2,0 % waz.  16. formaldehyd 1% waz.  17.mieszanka zapachowa 18 % waz.  18. uwodniony czterochlorek sodowy palladu 3% waz.  19. quaternium 15 1,0 % waz.  20. propolis 10% waz.  21. metylochloroizotiazolin+ Metyloizotiazolin (50 ppm)+ Metylochloroizotiazolin (150 ppm) 0,01% waz.  22. bedezonid 0,01% waz.  23. 21-piwalan tiksokortolu 0,1% waz.  24. wodoronadtlenek linalolu 0,5% waz.  25. wodoronadtlenek limonenu0,5% waz.  26. metylodibromoglutaronitryl 0,5% waz.  27. mieszanka zapachowa II 14% waz.  28. hydoksyizoheksylo 3-cyklohekseno-2,4 dimetylo-1 karboksyaldehyd (Lyral) 5,0 % waz.  28. hydroksyizoheksylo3-cyklohekseno-2,4-dimetylo-1-karboksyaldehyd (lyral) 5% waz.  29. metyloizotiazolinon 0,2% waz.  30. mieszanka barwników tekstylnych 6,6 % waz. |  | **8** zestawów | Zestaw  a’ 30 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | |  | x |  | x | X |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 22**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 22 – TESTY PUNKTOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. |
| 1 | Testy punktowe – co najmniej 30 alergenów do wyboru wraz z kontrolą dodatnią (histamina) oraz kontrolą ujemną. |  | 374 ml | fiolka nie mniejsza niż 2 ml |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **x** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

* + - 1. Zamawiający będzie zamawiał testy wg własnych potrzeb.
      2. Zamawiający zmawia testy po potwierdzeniu dostępności u Wykonawcy.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 23**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 23 – ANALITYKA – I***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** |  | **Nazwa  handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1. | 2. |  | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1. | Płyn do liczenia trombocytów |  |  | 100 ml | 100 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odbarwiacz (Aceton + Alkohol) do barwienia met. Grama |  |  | 3000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Zmodyfikowana FUKSYNA KARBOLOWA – do barwienia Z-N (na zimno |  |  | 8000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | 1% r-r błękitu metylowego do barwienia met. Z-N |  |  | 4000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Barwnik May Grunwald |  |  | 3000 ml | 500 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Barwnik Giemzy |  |  | 2000 ml | 500 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Odczynnik LUGOLA do barwienia metodą GRAMA |  |  | 3000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Fiolet do barwienia met. Grama |  |  | 3000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Fuksyna do barwienia MET. GRAMA |  |  | 3000 ml | 1000 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Olejek imersyjny |  |  | 800 ml | 100 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Sudan III |  |  | 100 ml | 100 ml |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Odczynnik Mac Wiliama (20% r-r kwasu sulfosalicylowego) |  |  | 2000 ml | 500 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Barwniki gotowe do użycia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 24**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 24 – DIAGNOSTYKA HIV***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT %** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Nr katalogowy** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | Test potwierdzenia HIV 1 i 2 metodą WESTERN BLOT |  | 60 oznaczeń | nie więcej niż 20 ozn. |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  |  |  |  |  |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

***UWAGA:***

1. Test umożliwiający obligatoryjnie potwierdzenie/wykluczenie zakażenia wirusem HIV 1 oraz HIV 2
2. Zestaw zawiera wszystkie odczynniki umożliwiające wykonanie oznaczeń

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 25**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 25 – PASKI FLUORESCEINOWE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowań** | **Cena netto opakowania** | **Wartość netto** | **Stawka VAT (%)** | **Wartość brutto** | **Producent** | **Numer katalogowy** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
| 1 | **Paski fluoresceinowe** |  | **10 000 szt.** | **100 szt.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | |  | **X** |  | **X** | **X** |

***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 26**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 26 – PODŁOŻA DO OZNACZNIA WRAŻLIWOŚCI PRĄTKÓW NA CHEMIOTERAPEUTYKI***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa | Zamawiana Ilość | Wymagana wielkość opakowania | Oferowana ilość opakowania | | Cena netto opakowania | | Wartość netto | | Stawka VAT % | Wartość brutto | | | Producent | | Numer katalogowy | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | | 7. | | 8. | | 9. | 10. | | | 11. | | 12. | |
| 1 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem streptomycyny 4µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 2 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem streptomycyny 8µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 3 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem izoniazydu 0,2 µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 4 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem izoniazydu 0,4 µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 5 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem etambutolu 2µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 6 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem etambutolu 4µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 7 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem rifampicyny 40µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| 8 | Podłoże Lowensteina-Jensena z dodatkiem rifampicyny 80µg/ml |  | 300 szt. | nie większe niż 50 szt. |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| X | RAZEM: | X | X | X | X | | X | | X | |  | X | | |  | | X | |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***UWAGA:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Termin ważności podłóż: co najmniej 3 miesiące od daty dostawy;  2. Wykonawca do każdej partii podłóż dołącza świadectwo kontroli jakości lub wskazuje miejsce gdzie można się z nim zapoznać;  3. Podłoża L-J z dodatkiem chemioterapeutyku winny być z tej samej serii / w obydwu stężeniach/. | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

**ZAŁĄCZNIK NR 27**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

***PAKIET NR 27 – ZESTAWY IDENTYFIKACYJNE***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Nazwa handlowa** | **Zamawiana Ilość** | **Wymagana wielkość opakowania** | **Oferowana ilość opakowania** | | **Cena netto opakowania** | | **Wartość netto** | | **Stawka VAT (%)** | | **Wartość brutto** | | **Producent** | | **Numer katalogowy** | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | | 7. | | 8. | | 9. | | 10. | | 11. | | 12. | |
| 1 | Zestaw do szybkiej identyfikacji paciorkowców betahemolizujących /na lateksie/ |  | 150 ozn. | nie więcej niż 50 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2 | Zestaw do szybkiej identyfikacji gronkowców /na lateksie/ |  | 400 szt. | nie więcej niż 100 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 3 | Zestawy do identyfikacji pałeczek z rodz. Enterobacteriaceae |  | 120 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 4 | Zestawy do identyfikacji pałeczek niefermentujących |  | 40 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 5 | Zestawy do identyfikacji bakterii z rodzaju Neisseria |  | 40 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 6 | Zestawy do identyfikacji paciorkowców |  | 40 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 7 | Zestawy do identyfikacji gronkowców |  | 40 ozn. | nie więcej niż 20 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 8 | Test PYR do różnicowania enterokoków i paciorkowców |  | 50 ozn. | 25 ozn. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **B** | ***ODCZYNNIKI, KALIBRATORY, MATERIAŁY ZUŻYWALNE –* niezbędne do wykonania identyfikacji w ilości proporcjonalnej do zamówienia*:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **…** |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **WARTOŚĆ OFERTY OGÓŁEM:** | | | | | | | | |  | | **X** | |  | | **X** | | **X** | |
| ***WAŻNE: ILOŚĆ OPAKOWAŃ ZAOFEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ, MUSI BYĆ LICZBĄ CAŁKOWITĄ BEZ RESZTY*.**  ***UWAGA:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wykonawca podaje w dodatkowej tabeli B WSZYSTKIE odczynniki niezbędne do wykonania identyfikacji w ilości proporcjonalnej do zamówienia; | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Jeśli Wykonawca dysponuje wspólnym dla enterokoków i paciorkowców zestawem do identyfikacji sumuje ilości tych oznaczeń; | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 3. Wykonawca dostarcza program umożliwiający odczyt wyników identyfikacji. | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 rok

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych   
 do reprezentowania Wykonawcy)

***ZAŁĄCZNIK NR 28 do SWZ***

***FORMULARZ OFERTA***  
 DLA ZESPOŁU WOJEWÓDZKICH PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNYCH  
 w KATOWICACH

|  |
| --- |
| ***NAZWA WYKONAWCY: ………………………………………………………………………………………………………………………***  ***ADRES SIEDZIBY:*** ………………………………………………………………………………………………………………………  NIP: ………………………………………… REGON: ………….……………….………………………  Tel.: …………………………………….……… Fax: …………………..………….…………………………  Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym …………………………..………………………..  Tel.: …………………………………….………e – mail: ………………………………………  Osoba odpowiedzialna za realizację przedmiotu Umowy ………………………………………………….  Tel.: ……………………………………… e-mail: ……………………………………… |

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest sukcesywna dostawa odczynników dla potrzeb **Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31,   
40-038 Katowice** oferuję realizację przedmiotu zamówienia, na warunkach określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę:

***PAKIET NR ….* :**

Cena netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Podatek VAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Cena brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

***\* WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY JEST DO POWTÓRZENIA POWYŻSZEGO WZORU TYLE RAZY,   
NA ILE CZĘŚCI – PAKIETÓW SKŁADA OFERTĘ; NALEŻY WPISAĆ NR PAKIETU***

1. Oświadczam, że ***nie podlegam wykluczeniu / podlegam wykluczeniu\****  z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt. 1,2 i 4 ustawy Pzp (\*niepotrzebne skreślić).
2. Oświadczam, że **nie podlegam** **/ podlegam\*** wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających   
   w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576   
   w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku   
   z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/5761 (\*niepotrzebne skreślić)

1. Oświadczam, że **nie zachodzą / zachodzą\*** w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego  
   (Dz. U. pozycja. 835). (\*niepotrzebne skreślić)
2. Oświadczam że wybór naszej oferty ***będzie prowadził /nie będzie prowadził\**** ( niepotrzebne skreślić) do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (*jeżeli prowadzi, to Wykonawca wskazuje nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego, wskazuje wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku, wskazuje stawkę podatku od towarów  
    i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie) –* (\*niepotrzebne skreślić)

***TAK \*\****  *–* powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył ………………..……………………..………… ….……………………………………………………

***NIE*** *\*\* – ………………………………………………………………………………………….*

*\*\*(Wypełnia Wykonawca)*

***Uwaga:****Brak wskazania powyższej informacji będzie jednoznaczny z brakiem powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.*

1. Oświadczamy, że akceptujemy zawarte w SWZ szczegółowe warunki postępowania i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania OFERTY.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią SWZ i Projektami umowy stanowiącymi **Załączniki  
   Nr 33, i Nr 34** do Specyfikacji Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą OFERTĄ, na warunkach określonych  
   w SWZ, w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że wykonamy w całości zamówienie zgodnie z treścią SWZ.
4. Oświadczam/y, że cena/y brutto zawarta/e w OFERCIE zawiera/ją wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru naszej oferty.
5. Oświadczamy, że cena/y podana/e w ofercie nie ulegnie/ą zmianie przez cały okres obowiązywania umowy, za wyjątkiem zmian przewidzianych w SWZ.
6. Oświadczamy, że przyjmujemy termin realizacji zamówienia określony w SWZ.
7. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania
8. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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), zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/liśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia   
   w postępowaniu.[[1]](#footnote-1)
9. Oświadczam, że jestem związany niniejszą OFERTĄ przez okres wskazany w SWZ od dnia upływu terminu składania ofert przez okres 90 dni.
10. **Oświadczenie dotyczące tajemnicy przedsiębiorstwa** (poniżej zaznaczyć właściwą odpowiedź):

* Żadna z informacji wskazanych w OFERCIE nie stanowi tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
* Wskazane poniżej informacje zawarte w OFERCIE stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa  
  w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z tym nie mogą być one udostępnione innym uczestnikom postępowania. Na dowód, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa przedstawiam/y dokumenty w postaci:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj informacji | Strony w OFERCIE | |
| od numeru | do numeru |
| 1 |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. Przedmiot zamówienia wykonam: ***sam / przy udziale Podwykonawcy*** (niepotrzebne skreślić)

Następującą część zamówienia zamierzam/y powierzyć Podwykonawcy (wypełnić tylko jeżeli dotyczy):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa części zamówienia | Nazwa i adres Podwykonawcy |
| 1 |  |  |
| … |  |  |

*UWAGA: Jeżeli Wykonawca pozostawi ten punkt niewypełniony, Zamawiający uzna, iż Wykonawca wykona przedmiot zamówienia sam, bez udziału Podwykonawcy.*

1. OFERTA zawiera następujące Załączniki (wymienić):
2. …………………………………………………………..……………………………
3. …………………………………………………………..……………………………
4. …………………………………………………………..……………………………
5. Oferta zawiera ……… kolejno ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  
 do reprezentowania Wykonawcy

**ZAŁĄCZNIK NR 29**

**STANDARDOWY FORMULARZ JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMENTU ZAMÓWIENIA**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[2]](#footnote-2).* Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[3]](#footnote-3)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer [], data [], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S: 2023/S [ ][ ][ ]–[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[4]](#footnote-4)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  40 – 038 Katowice ul. Powstańców 31 |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | **Sukcesywna dostawa odczynników** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[5]](#footnote-5): | Odczynniki do badań diagnostycznych |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[6]](#footnote-6): | **ZP/D/5/23** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ]  [ ] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[7]](#footnote-7):  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……]  [……]  [……]  [……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[8]](#footnote-8)? | [] Tak [] Nie – **WPISAĆ JAKIM** |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[9]](#footnote-9):** czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[10]](#footnote-10) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego? **Jeżeli tak,** jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie      […]   [….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy: b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[11]](#footnote-11): d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji?  **Jeżeli nie:** **Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.**  **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) [……]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] c) [……]    d) [] Tak [] Nie          e) [] Tak [] Nie         (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[12]](#footnote-12)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. | |
| **Jeżeli tak**: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]   b): [……]   c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko,  wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane: | [……], [……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V? | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.   
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.   
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[13]](#footnote-13).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] Nie Jeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców:  […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

1. udział w **organizacji przestępczej[[14]](#footnote-14)**;
2. **korupcja[[15]](#footnote-15)**;
3. **nadużycie finansowe[[16]](#footnote-16)**;
4. **przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną[[17]](#footnote-17)**
5. **pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[18]](#footnote-18)**
6. **praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[19]](#footnote-19)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[20]](#footnote-20) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[21]](#footnote-21): a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany [ ]; **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]   b) [……] c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[22]](#footnote-22) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[23]](#footnote-23) („samooczyszczenie”)? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[24]](#footnote-24): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:   * Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca? * Proszę podać datę wyroku lub decyzji. * W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:   2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie   * [] Tak [] Nie * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie   * [] Tak [] Nie * [……] * [……]   c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [[25]](#footnote-25) [……][……][……] | |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[26]](#footnote-26)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[27]](#footnote-27)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji: a) **zbankrutował**; lub b) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lub c) zawarł **układ z wierzycielami**; lub d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[28]](#footnote-28); lub e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona? **Jeżeli tak:**   * Proszę podać szczegółowe informacje: * Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[29]](#footnote-29).   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie   * [……] * [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[30]](#footnote-30)**?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca wie o jakimkolwiek **konflikcie interesów[[31]](#footnote-31)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| Czy wykonawca lub przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie    […] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie      […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że: nie jest winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji; b) nie **zataił** tych informacji; c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | [] Tak [] Nie |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[32]](#footnote-32) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie   [……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

**: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji**

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**A: Kompetencje**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencje** | **Odpowiedź** |
| **1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym** prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy[[33]](#footnote-33): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| **2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:** Czy konieczne jest **posiadanie** określonego **zezwolenia lub bycie członkiem** określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jego („ogólny”) **roczny obrót** w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący**: i/lub** 1b) Jego **średni** roczny **obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[34]](#footnote-34) (**)**:** Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta   (liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 2a) Jego roczny („specyficzny”) **obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem** i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący: **i/lub** 2b) Jego **średni** roczny **obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący[[35]](#footnote-35):** Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta     (liczba lat, średni obrót)**:** [……], [……] […] waluta   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę: | [……] |
| 4) W odniesieniu do **wskaźników finansowych[[36]](#footnote-36)** określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y[[37]](#footnote-37) – oraz wartość): [……], [……][[38]](#footnote-38) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 5) W ramach **ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego** wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę: Jeżeli te informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 6) W odniesieniu do **innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych**, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że Jeżeli odnośna dokumentacja, która **mogła** zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [……]      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**C: Zdolność techniczna i zawodowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdolność techniczna i zawodowa** | **Odpowiedź:** |
| 1a) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na roboty budowlane**: W okresie odniesienia[[39]](#footnote-39) wykonawca **wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju**:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […] Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 1b) Jedynie w odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi**: W okresie odniesienia[[40]](#footnote-40) wykonawca **zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju**:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych[[41]](#footnote-41): | Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Opis | Kwoty | Daty | Odbiorcy | |  |  |  |  | |
| 2) Może skorzystać z usług następujących **pracowników technicznych lub służb technicznych[[42]](#footnote-42)**, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót: | [……]   [……] |
| 3) Korzysta z następujących **urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości**, a jego **zaplecze naukowo-badawcze** jest następujące: | [……] |
| 4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy **zarządzania łańcuchem dostaw** i śledzenia łańcucha dostaw: | [……] |
| 5) **W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:** Czy wykonawca **zezwoli** na przeprowadzenie **kontroli[[43]](#footnote-43)** swoich **zdolności produkcyjnych** lub **zdolności technicznych**, a w razie konieczności także dostępnych mu **środków naukowych i badawczych**, jak również **środków kontroli jakości**? | [] Tak [] Nie |
| 6) Następującym **wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi** legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca: **lub** (w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza: | a) [……]    b) [……] |
| 7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące **środki zarządzania środowiskowego**: | [……] |
| 8) Wielkość **średniego rocznego zatrudnienia** u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące | Rok, średnie roczne zatrudnienie: [……], [……] [……], [……] [……], [……] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [……], [……] [……], [……] [……], [……] |
| 9) Będzie dysponował następującymi **narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi** na potrzeby realizacji zamówienia: | [……] |
| 10) Wykonawca **zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom[[44]](#footnote-44)** następującą **część (procentową)** zamówienia: | [……] |
| 11) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| 12) W odniesieniu do **zamówień publicznych na dostawy**: Czy wykonawca może przedstawić wymagane **zaświadczenia** sporządzone przez urzędowe **instytuty** lub agencje **kontroli jakości** o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie         […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych **norm zapewniania jakości**, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić **zaświadczenia** sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych **systemów lub norm zarządzania środowiskowego**? **Jeżeli nie**, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące **systemów lub norm zarządzania środowiskowego** mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |

**Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.  
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:**

**Wykonawca oświadcza, że:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ograniczanie liczby kandydatów** | **Odpowiedź:** |
| W następujący sposób **spełnia** obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów: W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla **każdego** z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty: Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej[[45]](#footnote-45), proszę wskazać dla **każdego** z nich: | [….]    [] Tak [] Nie[[46]](#footnote-46)      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[47]](#footnote-47) |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[48]](#footnote-48)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[49]](#footnote-49)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach uzyskał dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* postępowania o udzielenie zamówienia: pod nazwą ***ZP/D/5/23 – „Sukcesywna dostawa odczynników”***  (adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis

*\* niepotrzebne skreślić*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 30 do SWZ** |
|  | **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(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. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo Zamówień Publicznych** (Dz. U. z 2019r. pozycja 2019 ze zmianami) **o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia na *„Sukcesywną dostawę odczynników”* dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oświadczam, że:

☐ **Nie przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy\*;

☐ **Przynależę** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r.  
 o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz. U. z 2020r. poz. 1076), o której mowa w art. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy, w skład której wchodzą następujące podmioty\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Podmioty należące do grupy kapitałowej |
| 1. |  |
| 2. |  |

\* zaznaczyć w sposób wyraźny (X) właściwą informację

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 31 do SWZ** |
|  | **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice |
| ***Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie****:*  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA,  
O KTÓRYM MOWA W ART. 117 UST. 4 USTAWY PZP**

Na potrzeby postępowania pn. „Sukcesywna dostawa odczynników” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, prowadzonego przez Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach z siedzibą: 40-038 Katowice ul. Powstańców 31,; działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie, oświadczam, że:

Wykonawca: ………………………………………………………………………………………………...

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego :……………………………………………………………………………………..

Wykonawca: …………………………………………………………………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy w sprawie zamówienia publicznego:……………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(Miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ZAŁĄCZNIK NR 32 do SWZ** |
|  | **Zamawiający**:  Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach  ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice; |
| **Podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie**:  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)* |  |
| ***reprezentowany przez:***  ………………………………………………  ……………………………………………… |  |
| *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA  
W ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 ROKU PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DZ. U. z 2019r. pozycja 2019 ze zmianami) W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Sukcesywną dostawę odczynników” dla Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu składanym na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 108 ust. 1 pkt 3-6 ustawy są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(Data)* | *(pieczątka i podpis osoby/ób umocowanej/ych*  *do reprezentowania Wykonawcy)* |

*UWAGA:*

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie, oświadczenie składa, na wezwanie Zamawiającego, każdy z Wykonawców.

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). [↑](#footnote-ref-1)
2. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.  
   W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-3)
4. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-6)
7. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-7)
8. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 10 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 2 milionów EUR**.

   **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które **zatrudnia mniej niż 50 osób** i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa **nie przekracza 10 milionów EUR**.

   **Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami** i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR** ***lub*** **roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-8)
9. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-9)
10. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-10)
11. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-12)
13. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-14)
15. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-15)
16. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-18)
19. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-22)
23. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-23)
24. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-24)
25. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-25)
26. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-26)
27. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-27)
28. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-28)
29. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-29)
30. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-31)
32. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-32)
33. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-37)
38. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-40)
41. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-41)
42. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-42)
43. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-43)
44. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-47)
48. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-48)
49. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-49)