# *Załącznik nr 1. do SIWZ*

**Zamawiający:**

**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza, we Wrocławiu,**

**ul. Czerwonego Krzyża 5/9,**

**50-345 Wrocław**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………...................................

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………….................................................

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
**nr sprawy 23/P/2017*,***oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

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

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

…………………………………………

*(podpis)*

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

…………………………………………………………………………………………..…………………...........………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................................

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

…………………………………………

*(podpis)*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, będącego/ych podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

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

…………………………………………

*(podpis)*

# *załącznik nr 2. do SIWZ*

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**z art. 36 b ustawy P. z. p.**

**(Dz. U. z 2017 r., poz. 1579, ze zm.)**

**- NR SPRAWY 23/P/2017**

Oświadczamy, że część zamówienia, a mianowicie ……………………………………………………………………………………………, powierzymy podwykonawcom / Oświadczamy, że żadną z części zamówienia nie powierzymy podwykonawcom **12**.

***1-(niepotrzebne skreślić)!!!***

***2-wypełnić, jeżeli dotyczy:***

***Powierzone zadania…………………………………………………………………………...***

***Wykonane przez następującego/ych podwykonawcę /ów: proszę podać firmę/ firmy podwykonawcy /ów wykonującego / ych część zamówienia:.................................................................................................................................***

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

PODPIS WYKONAWCY

Data………………… ..……………………………………………

# *Załącznik nr 3. do SIWZ*

***/ P I E C Z Ę Ć W Y K O N A W C Y /***

**OFERTA**

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego poniżej 144.000 Euro pn**.: „Dostawa 200 000 sztuk mikrokuwet do oznaczania hemoglobiny w krwi włośniczkowej, krwi kontrolnej, krwi żylnej wraz z dzierżawą 13 sztuk hemoglobinometrów najnowszej generacji oraz materiałów zużywalnych do ich czyszczenia i konserwacji przez okres 36 miesięcy dla RCKiK we Wrocławiu”, zgodnie z wymaganiami określonymi w SIWZ nr 23/P/2017, tzn.:**

1. Mikrokuwet do oznaczania HGB na hemoglobinometrach - w ilości 200.000 sztuk.

2.Krwi kontrolnej na trzech poziomach: Normal, Low, High- w ilości po 18 fiolek dla każdego poziomu krwi kontrolnej przez okres 36 miesięcy.

3. Materiałów zużywalnych do ich czyszczenia i konserwacji w ilości zgodnej z wymaganiami producenta na okres 36 miesięcy ich pracy w ilości wystarczającej do wykonania 200.000 oznaczeń poziomu hemoglobiny.

4. Dzierżawa hemoglobinometrów najnowszej generacji - w ilości 13 sztuk.

**WYKONAWCA:**

**1.Nazwa przedsiębiorstwa:** ........................................................................................................

**2.Adres przedsiębiorstwa:** .........................................................................................................

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

**3.Numer telefonu:** .......................................................................................................................

**4.Numer faksu:** ...........................................................................................................................

**5.Numer konta bankowego:** .....................................................................................................

**6. NIP**……………………………………..................................................................................

**7. REGON**…………………………….......................................................................................

**8**. **adres e-mail**………………………………………………………………………………....

9.adres strony internetowej: ............................................................................................................

10. Nr KRS.........................................................................................................................................

**11.** **Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem 1?**

**TAK\* / NIE\***

\* ***niepotrzebnie skreślić***

1 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**.

1. Składamy ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia nr 23/P/2017 na: **dostawę 200 000 sztuk mikrokuwet do oznaczania hemoglobiny w krwi włośniczkowej, krwi żylnej, krwi kontrolnej wraz z dzierżawą 13 sztuk hemoglobinometrów najnowszej generacji oraz materiałów zużywalnych do ich czyszczenia i konserwacji przez okres 36 miesięcy dla RCKiK we Wrocławiu,** zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w SIWZ nr 23/P/2017.

2. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia spełnia nasze wymagania wymienione w rozdz. I. SIWZ nr 23/P/2017.

3. Cena netto przedmiotu zamówienia zaproponowana w ofercie przez nas jest ceną ostateczną i nie może ulec podwyższeniu.

**4. Oferowane warunki:**

**4.1. Wartość netto za całość przedmiotu zamówienia:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**4.2. Wartość brutto za całość przedmiotu zamówienia:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

1. **Warunki gwarancji:**

**5.1. Udzielamy gwarancji na mikrokuwety na okres**:

- \_\_\_\_\_\_\_\_ miesiące - po otwarciu opakowania jednostkowego, (przy czym okres ten nie może być krótszy niż 2 miesiące);

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miesięcy - nie otwieranego opakowania licząc od daty dostawy, (przy czym okres ten nie może być krótszy niż 6 miesięcy).

**5.2. Udzielamy gwarancji na krew kontrolną do kontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny na okres**:

- \_\_\_\_\_\_\_\_ miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego, (przy czym okres ten nie może być krótszy niż 6 miesięcy od daty dostawy);

- \_\_\_\_\_\_\_\_ dni po otwarciu fiolki (przy czym okres ten nie może być krótszy niż 30 dni).

**5.3.** **Wykonawca udzieli gwarancji na hemoglobinometry w ilości 13 szt. na okres:**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_miesięcy od daty przekazania do eksploatacji potwierdzonego protokołem zdawczo-odbiorczym, (przy czym okres ten nie może być krótszy 36-miesięcy).

**6. Oświadczamy, że zaoferowane przez Nas w złożonej ofercie do przedmiotowego postępowania hemoglobinometry t. j. 13 szt. :**

**o nazwie .......................................................................................................................................................................**

**Nr kat. ........................................................................................................................................................................**

**Producenta.....................................................................................................................................................**

**Rok produkcji................................................................................................................................................**

***posiadają\*1 / nie posiadają \*1* czytnik zewnętrzny do sczytywania kodów kreskowych dotyczących: donacji, operatorów, krwi kontrolnej, kuwety kontrolnej, mikrokuwet**

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

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

***\* (niepotrzebne skreślić)!!!***

**1*****brak jakiegokolwiek skreślenia obydwu możliwości****:* ***„posiadają \* 1/ nie posiadają \*1” albo skreślenie wyrażenia: „posiadają\** 1*” zostanie uznany za brak spełnienia wymogu w zakresie kryterium oceny ofert „parametry techniczne”***

**7. Oświadczamy, że zaoferowany przez Nas termin dostawy na cito przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet, t. j.** **w wyjątkowych sytuacjach dostawa na Cito – w czasie maksymalnie do 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/droga elektroniczną wynosi \*:**

**............................................................................................................dzień roboczy\*\*/dni robocze\*\***

*(proszę wpisać oferowaną liczbę dni roboczych dotyczącą terminu dostawy na cito przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet wynoszącą maksymalnie do 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/drogą elektroniczną)*

***\* brak wpisu lub zadeklarowanie przez Wykonawcę terminu dostawy na cito przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet w czasie wynoszącym więcej niż 2 dni robocze, spowoduje przyznanie za kryterium „termin dostawy na cito”***  ***0 pkt.***

***Podanie większej liczby dni niż 3 dni robocze jako termin dostawy na cito przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet , spowoduje odrzucenie oferty.***

***\*\* niepotrzebne skreślić***

**7.1.Wprzypadku braku zadeklarowania terminu dostawy na cito w czasie maksymalnie do 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu /drogą elektroniczną w pkt. 7 powyżej, oświadczamy, że w wyjątkowych sytuacjach dostarczymy przedmiot zamówienia w postaci mikrokuwet w gwarantowanym terminie dostawy na cito wynoszącym do 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/drogą elektroniczną.**

8.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z SIWZ 23/P/2017 wraz z załącznikami i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń oraz, że zdobyliśmy informacje niezbędne do przygotowania oferty.

9. Oświadczamy, że sposób reprezentacji dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący (proszę wpisać osoby, które będą podpisywać umowę, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

10. Oświadczmy, iż korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust.3 ustawy Prawo zamówień publicznych z dn. 29.01.2004 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 1579 ze zm.) zastrzegam, że informacje:

*(wymienić czego dotyczy)*

zawarte są w następujących dokumentach:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

na nsp. stronach w ofercie:

stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust.4 ustawy z dn. 16 kwietnia 1993 r. ,  *o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji* ( j. t. – Dz. U. z 2003 r, nr 153, poz. 2003 ze zm.) i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania.

11. Oświadczamy, że osobą odpowiedzialną za realizację niniejszego zamówienia będzie:

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(*proszę wpisać osobę oraz nr jej telefonu, która będzie odpowiedzialna za realizację niniejszego zamówienia, w przypadku wyboru Państwa oferty w przetargu)*

12.Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ, czyli przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

13. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zawartych w nim zasadach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

14.Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie na warunkach określonych w SIWZ nr 23/P/2017, w zawartej umowie oraz przedstawionych w niniejszej ofercie.

15.Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres:

…………………………………………………………………………………………………

……….......................................................................................................................................

16. Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, oświadczam na podst. art. 91 ust. 3a ustawy P. z. p., że wybór niniejszej oferty:

a) nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z obowiązującymi przepisami o podatku od towarów i usług\*,

b) będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z obowiązującymi przepisami o podatku od towarów i usług. Powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył\*:

poz....... nazwa...........................................................................o wartości netto......................PLN

poz....... nazwa...........................................................................o wartości netto......................PLN

poz....... nazwa...........................................................................o wartości netto......................PLN

poz....... nazwa...........................................................................o wartości netto......................PLN

poz....... nazwa...........................................................................o wartości netto......................PLN

objętych przedmiotem zamówienia, z tytułu:

- wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów\*,

- importu usług lub towarów\*,

- mechanizmu odwróconego obciążenia podatkiem VAT\*.

***\*niepotrzebne skreślić***

17.Ofertę składamy na ………………. kolejno ponumerowanych stronach.

18.Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SIWZ:

*Załączniki:*

***załącznik nr 4. do SIWZ***

**UMOWA NR 23/P/2017 - (projekt )**

Podpisana w dniu ………………..r. we Wrocławiu pomiędzy:

**Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5/9, 50-345 Wrocław** zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym dla Wrocławia- Fabrycznej we Wrocławiu VI Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000034677

zwanym w treści umowy **„Zamawiającym”**, w imieniu, którego działa:

**Dyrektor – .....................................**

a:

…………………………………….

wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr …………………. w Sądzie Rejonowym dla ………………………………………………

zwana dalej „Wykonawcą” , którego reprezentuje:

……………………………………………………………

**§ 1**

**wstęp**

Niniejsza umowa została poprzedzona przeprowadzeniem postępowania w trybie przetargu nieograniczonego nr 23/P/2017 zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2017 r., poz. 1579, ze zm.) zwanej dalej „Ustawą”.

Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia wraz z załącznikami Nr 23/P/2017 oraz oferta Wykonawcy (*załącznik nr 3. do SIWZ*) wraz z formularzem asortymentowo-cenowym (*załącznik nr 7. do SIWZ*) stanowią integralną część umowy, a postanowienia oraz oświadczenia w nich zawarte są dla Wykonawcy wiążące.

**§ 2**

**przedmiot umowy**

1. Przedmiotem umowy jest: dostawa  200 000 sztuk mikrokuwet do oznaczania hemoglobiny w krwi włośniczkowej, krwi żylnej, krwi kontrolnej, zewnętrznej kontroli jakości wraz z dzierżawą 13 sztuk hemoglobinometrów najnowszej generacji oraz materiałów zużywalnych do ich czyszczenia i konserwacji przez okres 36 miesięcy dla RCKiK we Wrocławiu, tzn.:

a. Mikrokuwet do oznaczania HGB na hemoglobinometrach - w ilości 200.000 sztuk.

b. Krwi kontrolnej na trzech poziomach: Normal, Low, High- w ilości po 18 fiolek dla każdego poziomu krwi kontrolnej przez okres 36 miesięcy.

c. Materiałów zużywalnych do ich czyszczenia i konserwacji w ilości zgodnej z wymaganiami producenta na okres 36 miesięcy ich pracy w ilości wystarczającej do wykonania 200.000 oznaczeń poziomu hemoglobiny

d. Dzierżawa hemoglobinometrów najnowszej generacji - w ilości 13 sztuk.

1.1. Przedmiot umowy spełnia wszystkie wymagania zawarte w rozdz. I SIWZ nr 23/P/2017.

2. Wykonawca oświadcza, że każdy z trzynastu hemoglobinometrów będących przedmiotem dzierżawy, posiada czytnik do sczytywania kodów kreskowych dotyczących: donacji, operatorów, krwi kontrolnej, kuwety kontrolnej, mikrokuwet.

2.1. Ponadto Wykonawca oświadcza, że każdy z trzynastu hemoglobinometrów będących przedmiotem dzierżawy *posiadaja\*1 / nie posiadaja \*1* czytnika zewnętrznego do sczytywania kodów kreskowych dotyczących: donacji, operatorów, krwi kontrolnej, kuwety kontrolnej, mikrokuwet - patrz załącznik ofertowy nr 3. do SIWZ – pkt 6.

**§ 3**

**wynagrodzenie i warunki płatności**

**1.Całkowite wynagrodzenie Wykonawcy zgodnie ze złożoną ofertą wynosi:**

**A.1.Wartość netto za 1 opakowanie a’........... szt. mikrokuwet:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**A.2. Wartość netto za 200 .000 szt. mikrokuwet/ na 36 miesięcy:**

Cyfrowo:................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**Podatek VAT …. % = ……………………………**

**A.3.Wartość brutto mikrokuwet w ilości 200.000 sztuk / na 36 miesięcy:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**B.1. Cena netto 1 szt. / fiolki krwi kontrolnej:**

Cyfrowo:................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**B.2. Wartość netto ...... szt. / fiolek krwi kontrolnej / na 36 miesięcy:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**Podatek VAT …. % = ……………………………**

**B3. Wartość brutto .... szt. / fiolek krwi kontrolnej / na 36 miesięcy:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**C.1. Cena netto 1 opak. /** **materiałów zużywalnych do czyszczenia i konserwacji hemoglobinometrów:**

Cyfrowo:................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**C.2. Wartość netto …..opak/szt. / materiałów zużywalnych do czyszczenia i konserwacji hemoglobinometrów /**

**na 36 miesięcy:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**Podatek VAT …. % = ……………………………**

**C3. Wartość brutto…..opak. / szt./materiałów zużywalnych do czyszczenia i konserwacji hemoglobinometrów /**

**na 36 miesięcy:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**D.1. Wartość netto za 1-miesięczną** **dzierżawę 13 szt. hemoglobinometrów:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**D.2. Wartość netto za 36-miesięczną** **dzierżawę 13 szt. hemoglobinometrów:**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**Podatek VAT …. % = ………………………….**

**D.3.Wartość brutto za**  **36-miesięczną** **dzierżawę 13 szt. hemoglobinometrów :**

Cyfrowo: ................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**E.1. Wartość pełnego zamówienia netto wynosi (A.2 +B.2. + C.2 + D2):**

Cyfrowo:................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

**E.2. Wartość pełnego zamówienia brutto wynosi (A.3 +B.3. + C.3 + D3 ):**

Cyfrowo:................................................................................PLN

Słownie: ......................................................................................................................PLN

2. Wartość oferty obejmować będzie w szczególności między innymi :

a/ wartość przedmiotu umowy,

b/koszty transportu zagranicznego (o ile wystąpią) i krajowego do siedziby Zamawiającego,

c/ koszty ubezpieczenia towaru za granicą (o ile wystąpią)i w kraju do czasu przekazania go do

Zamawiającego,

d/ koszty opakowania i znakowania wymaganego do przewozu (o ile wystąpią),

e/ koszty załadunku i rozładunku oraz transportu wewnętrznego u Zamawiającego,

f/ cło i koszty odprawy celnej (o ile wystąpi)

g/ koszty kontroli międzynarodowej (o ile wystąpi),

h/ podatek VAT.

**3.** Wartośćumowy netto podana w ust. 1 nie może ulec podwyższeniu przez cały okres trwania umowy za wyjątkiem sytuacji określonej w §8 ust.2 lit. a.

**4**. Termin płatności:

**4.1.-za każdorazową dostawę mikrokuwet i krwi kontrolnej oraz materiałów zużywalnych** wykonaną zgodnie z umową, wynosi 30 dni od daty od daty dostarczenia faktury VAT do siedziby Zamawiającego,

**4.2.** -**zapłata z tytułu co miesięcznego czynszu dzierżawnego każdego**  **hemoglobinometru** będzie następowała do 20-go dnia następnego miesiąca na podstawie faktur VAT doręczonych Zamawiającemu. Obowiązek zapłaty pierwszego miesięcznego czynszu dzierżawy liczony jest od dnia następnego po terminie wskazanym w protokole zdawczo-odbiorczym, o którym mowa w rozdz. **I SIWZ pkt 4.1.1. ppkt e) i w §4 ust.1.1.lit.e) niniejszej umowy.**

**4.3.** Płatność będzie dokonywana przelewem na wskazane w fakturze konto Wykonawcy.

**4.4.** Jako datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

**4.5.** Wykonawca ma obowiązek załączyć do każdej dostawy WZ / fakturę (oryginał) zawierającą dane zgodne z dostawą i umową oraz z ofertą przetargową, tj. nazwę i numer katalogowy produktu wg producenta, ponadto na fakturze powinien być zamieszczony numer umowy.

**§ 4**

**warunki i termin dostawy**

**1.**Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć:

**1.1. dzierżawione hemoglobinometry** – w ilości **13 szt.** w terminie **nie później niż w ciągu 7 dni roboczych** od dnia podpisania umowy, przy czym za dostawę rozumie się:

1. dostarczenie **13 szt.** hemoglobinometrów, uruchomienie i zainstalowanie oprogramowania,
2. podłączenie do systemu „Bank Krwi” i zapewnienie prawidłowej transmisji danych z każdego hemoglobinometru do systemu „Bank Krwi”,
3. wykonanie bezpłatnej udokumentowanej kwalifikacji instalacyjnej, operacyjnej i procesowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP),
4. przeszkolenie pracowników wskazanych przez Zamawiającego w RCKIK we Wrocławiu i Terenowych Oddziałach RCKiK tj. w Głogowie, w Lubinie i w Legnicy zakończone podpisaniem protokołu szkolenia i wydaniem certyfikatów dla każdego przeszkolonego pracownika i certyfikatu trenera dla kierownika pracowni w zakresie obsługi urządzeń,
5. podpisanie protokołu zdawczo-odbiorczego zawierającego spełnienie w/w warunków nie później **nie później niż w ciągu 7 dni roboczych** od dnia podpisania umowy;

**1.1.1.** Dostawa hemoglobinomentrów nastąpi w sposób następujący ;

**1.1.2** dostawa **5 szt. hemoglobinometrów** – do siedziby Zamawiającego RCKIK we Wrocławiu tj. Wrocław, ul. Czerwonego Krzyża 5/9,

**- dostawa 8 szt. hemoglobinometrów** **- do Terenowych Oddziałów RCKiK wg podziału:**

* T. O. w Głogowie, ul. Kościuszki 15 - **2 szt.**;
  + T.O. w Lubinie, ul. Bema 5 - **2 szt.**;
  + T.O. w Legnicy, ul. Iwaszkiewicza - **4 szt.**

**1.2. mikrokuwety i krew kontrolną** **oraz materiałów zużywalnych.** Dostawy odbywać się będą sukcesywnie przez okres 36 miesięcy, wg składanych za pośrednictwem faksu /drogą elektroniczną zamówień, określających faktyczne potrzeby Zamawiającego - dostawa powinna nastąpić najpóźniej **do 5** **dni roboczych** licząc od daty złożenia zamówienia w formie jak powyżej. Wykonawca niezwłocznie potwierdzi fakt otrzymania zamówienia faksem na nr: 71 328 17 13 lub drogą elektroniczną na adres: [przetarg@rckik.wroclaw.pl](mailto:przetarg@rckik.wroclaw.pl) przy czym wysłanie zamówienia będzie równoznaczne z jego przyjęciem przez Wykonawcę. Dostawy będą dokonywane transportem Wykonawcy i na jego koszt do wskazanego pomieszczenia magazynowego w siedzibie Zamawiającego we Wrocławiu, ul. Czerwonego Krzyża 5/9.

**1.2.1.** W wyjątkowych sytuacjach gwarantowany termin dostawy na cito przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet – do 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/ drogą elektroniczną; *(Jeżeli Wykonawca zaoferuje w ofercie w przedmiotowym postępowaniu „termin dostawy na cito” przedmiotu zamówienia w postaci mikrokuwet maksymalnie do 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/ drogą elektroniczną, to dostanie dodatkowo 10 pkt. za kryterium „termin dostawy na cito ” – patrz rozdz. XI SIWZ - kryteria oceny ofert oraz patrz załącznik ofertowy nr 3. do SIWZ – pkt 7. – 7.1.)*

**2. Do obowiązków Wykonawcy należy dostarczyć przedmiot zamówienia, tj.:**

– **hemoglobinometry** w ilości 5 szt. do wskazanego pomieszczenia laboratoryjnego mieszczącego się w siedzibie Zamawiającego RCKiK we Wrocławiu oraz do wskazanych pomieszczeń laboratoryjnych mieszczących się w siedzibach T. O. RCKIK w ilości 8 szt. od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 – 13.00 transportem zapewnionym przez Wykonawcę i na jego koszt;

- **mikrokuwety i krew kontrolną oraz materiały zużywalne** do wskazanego pomieszczenia magazynowego mieszczącego się w siedzibie RCKiK we Wrocławiu, od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 – 13:00.

**3.** Oferowany przedmiot zamówienia i umowy musi być dopuszczony do obrotu na rynku polskim.

**4.** Każda seria mikrokuwet oraz krwi kontrolnej (Low, High, Normal) w momencie dostawy posiadać będzie certyfikat/ świadectwo kontroli jakości, tj. potwierdzenie dopuszczenia każdej serii do obrotu.

**5.** Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia wraz z przedmiotem zamówienia instrukcji obsługi w języku polskim oraz całości dokumentacji technicznej niezbędnej do prawidłowego korzystania z hemoglobinometrów.

**6.** Wykonawca wraz z pierwszą dostawą oraz po każdej zmianie (aktualizacji) dostarczy:

- kartę charakterystyki mikrokuwet,

- kserokopie dokumentów dopuszczających mikrokuwety i krew kontrolną obrotu i do używania.

**7.**Wykonawca przeprowadzi bezpłatne przeszkolenie pracowników wskazanych przez Zamawiającego w RCKiK we Wrocławiu i w Terenowych Oddziałach RCKiK tj. w Głogowie, w Lubinie i w Legnicy zakończone podpisaniem protokołu szkolenia i wydaniem certyfikatów dla każdego przeszkolonego pracownika i certyfikatu trenera dla kierownika pracowni.

**§ 5**

**gwarancja i serwis**

**1.** Wykonawca udziela gwarancji na mikrokuwety, przy czym okres ten nie może być krótszy niż:

- 2 miesiące - po otwarciu opakowania jednostkowego,

- 6 miesięcy - nie otwieranego opakowania licząc od daty dostawy.

**2.** Wykonawca udziela gwarancji krwi kontrolnej do kontroli jakości oznaczeń poziomu hemoglobiny, przy czym okres ten nie może być krótszy niż 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego; a po otwarciu fiolki nie może krótszy niż 30 dni.

**3.** Wykonawca udziela gwarancji na urządzenia na okres 36-miesięcy od daty przekazania do eksploatacji potwierdzonego protokołem zdawczo-odbiorczym.

**4**. Wykonawca zapewnia, podczas trwania gwarancji, sprawność aparatury, sprawność zamontowanych części zamiennych (podzespołów) oraz zapewni aktualizację oprogramowania przez okres trwania umowy.

**5.** Wykonawca, podczas trwania gwarancji, zapewnia bezpłatny autoryzowany serwis (robocizna, koszt wymienianych części/podzespołów dojazdy, koszty delegacji) w okresie 36 miesięcy od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego, realizowany w siedzibie Zamawiającego.

**6.** Czas reakcji serwisu rozumiany jako konieczność dojazdu do Zamawiającego wynosi max 24 godziny (bez niedziel i świąt) od telefonicznego i pisemnego zgłoszenia awarii/usterki za pośrednictwem faksu/drogą elektroniczną. Możliwość zgłaszania awarii/usterki od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-19:00, przy czym czas na ustalenie usterek lub uszkodzeń oraz naprawy urządzenia przez serwis nie może być dłuższy niż 48 godzin od dnia przyjazdu serwisu do Zamawiającego na podstawie telefonicznego i pisemnego zgłoszenia awarii/usterki (bez niedziel i świąt) za pośrednictwem faksu/drogą elektroniczną.

**6.1.** Jeżeli usunięcie awarii/usterki lub jeżeli naprawa urządzenia nie jest możliwa w ciągu 48 godzin od momentu przyjazdu serwisu do Zamawiającego, Wykonawca na wniosek Zamawiającego dostarczy urządzenie zastępcze o tych samych parametrach użytkowych w terminie do 24 godzin od dnia złożenia wniosku przez Zamawiającego, na własny koszt, własnym transportem. Wykonawca na własny koszt przeprowadzi odpowiednie procedury (przegląd i kwalifikację zastępczego urządzenia) umożliwiające pracę na tym/tych urządzeniach.

**6.1.1.** Wykonawca również z własnej inicjatywy (bez wniosku Zamawiającego), za uprzednią zgodą Zamawiającego, może dostarczyć urządzenie zastępcze o tych samych parametrach użytkowych w terminie do 24 godzin od daty wyrażenia zgody przez Zamawiającego na własny koszt, własnym transportem.. Wykonawca na własny koszt przeprowadzi odpowiednie procedury (przegląd i kwalifikację zastępczego urządzenia) umożliwiające pracę na tym/tych urządzeniach.

**6.1.2.** W sytuacji gdy termin na dostarczenie urządzenia zastępczego upływa w niedzielę lub święta, termin ten ulegnie odpowiedniemu wydłużeniu do następnego dnia roboczego.

**6.2.** W przypadku zaoferowania przez Wykonawcę czytnika zewnętrznego do każdego hemoglobinometru (- patrz załącznik ofertowy nr 3. do SIWZ – pkt 6.), w momencie jeżeli usunięcie awarii/usterki lub jeżeli naprawa urządzenia nie jest możliwa w ciągu 48 godzin od momentu przyjazdu serwisu do Zamawiającego, Wykonawca na wniosek Zamawiającego dostarczy urządzenie zastępcze o tych samych parametrach użytkowych w terminie do 24 godzin od dnia złożenia wniosku przez Zamawiającego, na własny koszt, własnym transportem. Wykonawca na własny koszt przeprowadzi odpowiednie procedury (przegląd i kwalifikację zastępczego urządzenia) umożliwiające pracę na tym/tych urządzeniach.

**6.2.1.** Wykonawca również z własnej inicjatywy (bez wniosku Zamawiającego), za uprzednią zgodą Zamawiającego, może dostarczyć urządzenie zastępcze o tych samych parametrach użytkowych w terminie do 24 godzin od daty wyrażenia zgody przez Zamawiającego na własny koszt, własnym transportem.. Wykonawca na własny koszt przeprowadzi odpowiednie procedury (przegląd i kwalifikację zastępczego urządzenia) umożliwiające pracę na tym/tych urządzeniach.

**6.2.2.** W sytuacji gdy termin na dostarczenie urządzenia zastępczego upływa w niedzielę lub święta, termin ten ulegnie odpowiedniemu wydłużeniu do następnego dnia roboczego.

**7.** Wszelkie przeglądy serwisowe i naprawy gwarancyjne będą wykonywane przez autoryzowany serwis upoważniony przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela hemoglobinometrów będących przedmiotem umowy, tj.: firma……………………………………………………………………………………….., tel………………….., faks:……………………, adres mailowy:…………………………………………………......................................

**8.** Wykonawca przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dosłać warunki corocznego przeglądu serwisowego(technicznego) hemoglobinometrów i czytników do hemoglobinometrów.

**9.** Wykonawca zobowiązuje się po instalacji urządzeń do wykonania bezpłatnej udokumentowanej kwalifikacji instalacyjnej, operacyjnej i procesowej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi wymagań GMP.

**10.** Wykonawca zapewni podczas trwania umowy bezpłatną obowiązkową okresową walidację, wykonywaną co najmniej raz w roku oraz po każdej awarii/ naprawie wykonywaną przez autoryzowany serwis, zakończoną raportem:

1. każdego hemoglobinometru
2. każdego czytnika kodów kreskowych (z uwzględnieniem kodów prawidłowych oraz nieprawidłowych).

**§ 6**

**rozwiązanie i odstąpienie od umowy**

**1**. Zamawiającemu, przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym z ważnych powodów, w szczególności:

**a)** gdy Wykonawca nie wykonuje niniejszej umowy bądź wykonuje umowę w sposób niezgodny z jej postanowieniami lub normami i warunkami określonymi prawem,

**b)** zostanie ogłoszona likwidacja firmy Wykonawcy.

**2.** W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.

**3.** Jeżeli Zamawiający rozwiąże umowę na podstawie ust. 1 pkt a), to Wykonawcy nie przysługuje odszkodowanie, ani wynagrodzenie za niezrealizowaną część umowy.

**4.** Wykonawcy przysługuje prawo do rozwiązania niniejszej umowy w trybie natychmiastowym, gdy Zamawiający nie wykonuje niniejszej umowy bądź wykonuje umowę w sposób niezgodny z jej postanowieniami, z tym zastrzeżeniem że w przypadku zwłoki Zamawiającego w zapłacie:

**4.1.** za daną dostawę mikrokuwet/krwi kontrolnej/ materiałów zużywalnych, Wykonawca zobowiązany jest uprzednio przed rozwiązaniem umowy, wezwać Zamawiające na piśmie do zapłaty zaległości w dodatkowym terminie 30 dni;

**4.2.** miesięcznego czynszu dzierżawnego Wykonawca zobowiązany jest uprzednio wezwać Zamawiającego na piśmie do zapłaty zaległości w dodatkowym terminie 30 dni.

**5.** W przypadku, o którym mowa w ust.2. Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

**§ 7**

**kary umowne**

**1**. Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu kary umowne:

a) w wysokości 1% wartości brutto niezrealizowanej części przedmiotu umowy, gdy Zamawiający odstąpi od umowy z powodu okoliczności, o których mowa w § 6 w ust.1 lit. a).

b) w wysokości 0,2% wartości brutto nie dostarczonego w terminie przedmiotu umowy – tj. mikrokuwet, krwi kontrolnej lub materiałów zużywalnych za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,

c) w wysokości 100 zł za opóźnienie w dostawie hemoglobinometrów rozumianej jako dostawa opisana na warunkach w §4 ust.1.1 pkt e), za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia,

d1) w wysokości 0,3% wartości brutto nie dostarczonego przedmiotu umowy w postaci mikrokuwet w gwarantowanym terminie dostawy na cito wynoszącym do 3 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/drogą elektroniczną – za każdy rozpoczęty dzień zwłoki - patrz załącznik ofertowy nr 3. do SIWZ – pkt 7.1.

albo

d2) w wysokości 50,00 PLN brutto za każdy dzień zwłoki - w przypadku nie dostarczenia przedmiotu umowy w postaci mikrokuwet, w zadeklarowanym w ofercie Wykonawcy terminie dostawy na cito wynoszącym maksymalnie do 2 dni roboczych od daty złożenia zamówienia za pomocą faksu/drogą elektroniczną - patrz załącznik ofertowy nr 3. do SIWZ – pkt 7.

**2.** Zamawiający zobowiązuje się zapłacić Wykonawcy karę umowną w wysokości 1% wartości brutto niezrealizowanej części przedmiotu umowy, gdy Wykonawca rozwiąże umowę z powodu okoliczności, o których mowa w § 6 ust.4.

3. Zamawiający ma prawo do potrącenia należności naliczonych z tytułu kar umownych z płatności za faktury Wykonawcy, na podstawie noty wystawionej przez Zamawiającego.

**4**.Strony mogą dochodzić na zasadach ogólnych odszkodowania przewyższającego zastrzeżone kary umowne.

**§ 8**

**dopuszczalne zmiany umowy**

**1.** Zamawiający przewiduje możliwość wprowadzenia niżej wymienionych zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie, której dokonano wyboru Wykonawcy. Zmiana postanowień zawartej umowy może nastąpić wyłącznie za zgodą obu stron wyrażoną w formie pisemnego aneksu – pod rygorem nieważności. Zmiany mogą dotyczyć:

**a)** zmiany stawki podatku VAT – w przypadku zmiany obowiązującej stawki podatku VAT, Zamawiający dopuszcza możliwość zwiększenia lub zmniejszenia wynagrodzenia brutto Wykonawcy o kwotę równą różnicy w kwocie podatku VAT;

**b)** zmiana terminu obowiązywania umowy za zgodą Wykonawcy, tj. możliwość zmiany okresu trwania dzierżawy urządzeń w związku z czasem niezbędnym do wykorzystania ilości podanej w ofercie Wykonawcy mikrokuwet do oznaczania hemoglobiny w krwi włośniczkowej – wtedy wartość przedmiotu umowy ulegnie zmianie o koszt dodatkowej dzierżawy (ilość dodatkowych miesięcy, jednak nie więcej niż 12, pomnożona przez czynsz jednomiesięcznej dzierżawy urządzeń podany w ofercie);

**c)** zmiana nazwy własnej lub numeru katalogowego mikrokuwet, krwi kontrolnej, materiałów zużywalnych oraz hemoglobinometrów- zmiana ta może być związana z ulepszeniem w/w wyrobów, z unowocześnieniem technologii, pod warunkiem, że ta zmiana nie będzie powodowała pogorszenia jakościowego w/w wyrobów i wzrostu jednostkowych cen netto określonych w umowie **w § 3 ust. 1**, a wyroby te będą spełniać wszystkie wymagania określone w SIWZ, potwierdzonymi stosownymi dokumentami;

**d)** Zamawiający zastrzega sobie prawo niewykorzystania (niezamówienia) do 20% ilości mikrokuwet określonej w §2 ust 2 pkt a) w okresie obowiązywania niniejszej umowy bez konsekwencji finansowych dla Zamawiającego;

**e)** zmiana danych Wykonawcy ( np. zmiana siedziby, adresu, nazwy) lub zmiana wynikająca z przekształcenia podmiotowego po stronie Wykonawcy, np.: np. w formie sukcesji uniwersalnej;

**f)** zmiany wynikające z powstania niezgodności pomiędzy zapisami umowy a treścią oferty i/lub SIWZ.

**3.**Zamawiający zastrzega sobie również możliwość zmiany, z zastrzeżenie art. 140 ust. 1 i 3 ustawy Prawo zamówień publicznych, w przypadku:

**a)** zmiany w obowiązujących przepisach prawa mające wpływ na przedmiot i warunki umowy oraz zmiany sytuacji prawnej lub faktycznej Wykonawcy i/lub Zamawiającego skutkującej brakiem możliwości realizacji przedmiotu umowy,

**b)** powstania nadzwyczajnych okoliczności (niebędących „siłą wyższą”), grożące rażącą stratą, których strony nie przewidziały przy zawarciu umowy.

**§9**

**Postanowienia końcowe**

**1.** Umowa obowiązuje od dnia jej podpisania przez okres 36 miesięcy liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego , o którym mowa w § 4 ust. 1.1. lit.e) niniejszej umowy.

**2.** Osoby odpowiedzialne w ramach realizacji niniejszej umowy:

1. od strony Wykonawcy -
2. od strony Zamawiającego – Kierownik Działu Laboratoryjnego- *dr nauk przyr. Elżbieta Klausa* - tel.71/ 371 58 43; faks: 71 / 328 17 13;

-Kierownik Pracowni Hematologicznej *– mgr* *Aleksandra Misiaszek* - tel.71/ 371 58 41; faks: 71 / 328 17 13;

- sprawy finansowo-księgowe - Z-ca Głównego Księgowego Kierownik Działu Finansowo- Księgowego - *mgr* *Beata Dojs* - tel.71 / 3715 885; faks: 71 / 328 17 13;

- sprawy informatyczne – p.o. Kierownika Sekcji Informatycznej – *Marcin Łyczkowski*- tel.71 / 3715 903; faks: 71 / 328 17 13;

- sprawy techniczne – p.o. Kierownika Dz. Administracyjno-Technicznego – *inż. Przemysław Bersyniów* - - tel.71 / 3715 912; faks: 71 / 328 17 13.

**3.**Strony zobowiązują się każdorazowo informować o zmianach osób odpowiedzialnych za realizację niniejszej umowy.

**4.**Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu podpisanego przez obie strony.

**5.**W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy o zamówieniach publicznych, przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

**6.**Ewentualne spory wynikłe z niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego.

**7.**Umowę sporządzono w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, 2 dla Zamawiającego, 1 dla Wykonawcy.

**W Y K O N A W C A : Z A M A W I A J Ą C Y :**

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

**Akceptuje projekt umowy**

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

***załącznik nr 5. do SIWZ***

**AKCEPTOWANY WZÓR TREŚCI GWARANCJI WADIALNEJ**

Podejmujemy się bezwarunkowo i nieodwołalnie wypłacenia Zamawiającemu kwoty do wysokości określonej powyżej po otrzymaniu pierwszego pisemnego żądania, bez konieczności jego uzasadniania, o ile Zamawiający stwierdzi w swoim żądaniu, że kwota roszczenia jest mu należna w związku z zaistnieniem, co najmniej jednego z warunków zatrzymania wadium, określonego w ustawie z dnia 29 stycznia 4 r. *Prawo zamówień publicznych*.

Niniejsza gwarancja jest ważna od dnia jej wystawienia do dnia xx-xx-xxxx r. włącznie (okres ważności gwarancji). Wszelkie roszczenia odnośnie niniejszej Gwarancji Gwarant powinien otrzymać w okresie ważności gwarancji.

***załącznik nr 6. do SIWZ.***

**Oświadczenie Wykonawcy o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej (o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy P.z.p.)**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego -

nr sprawy **23/P/2017** oświadczam/y w imieniu:

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

*Nazwa Wykonawcy/nazwa podmiotu*

że **nie należę\*1 / należę\*1**do tej samejgrupy kapitałowej (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. , *o ochronie konkurencji i konsumentów* ( Dz. U. z 2015 r., poz. 184, 1618 i 1634 ), do której należą Wykonawcy, wskazani w informacji na podstawie art. 86 ust. 5 ustawy P. z. p. zamieszczonej przez Zamawiającego na stronie internetowej Zamawiającego, t. j. którzy w terminie złożyli oferty w tym postępowaniu.

...................................data............................... ...........................................................

*(miejscowość) (data) pieczątka i podpis Wykonawcy*

***\*niepotrzebne skreślić***

***1****w przypadku przynależnoścido grupy kapitałowej, do której należą Wykonawcy, wskazani w informacji na podstawie art. 86 ust. 5 P. z. p. zamieszczonej przez Zamawiającego na stronie internetowej Zamawiającego (t. j. którzy w terminie złożyli oferty w tym postępowaniu), wraz ze złożeniem oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.*

**Uwaga:**

Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni licząc od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust.5 ustawy *Prawo zamówień publicznych* (tekst jednolity - Dz. U. z 2017 r., poz. 1579, ze zm.)

***Załącznik nr 7. do SIWZ***

FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY - NR SPRAWY 23/P/2017

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis przedmiotu zamówienia | Nazwa wg producenta oraz nr katalogowy wg producenta | Producent | Jednostka miary | Wielkość opakowania | Ilość oferowanych opakowań | Cena jednostkowa netto opakowania | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto |
| 1. | Mikrokuwety do oznaczania hemoglobiny – 200.000 szt. |  |  | opakowanie |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Krew kontrolna poziom NORMAL –  18 fiolek |  |  | szt. |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Krew kontrolna poziom LOW –  18 fiolek |  |  | szt. |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Krew kontrolna poziom HIGH–  18 fiolek |  |  | szt. |  |  |  |  |  |  |
| 5. | **Materiały zużywalne do czyszczenia i konserwacji hemoglobinometrów – w ilości zgodnej z wymaganiami producenta na okres 36 miesięcy ich pracy** **w ilości wystarczającej do wykonania 200 .000 oznaczeń poziomu hemoglobiny:**  **\*)**  **……………………….**  **\*)**  **……………………….** |  |  | \*)  ………………szt.  \*)  ………………szt. |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Dzierżawa hemoglobinometru z walizką transportową i podłączeniem do programu BANK KRWI | Nazwa wg producenta oraz nr katalogowy wg producenta/typ/ /model/ | Producent/  rok produkcji | Czynsz dzierżawny za 1 sztukę hemoglobinometru za 1 miesiąc netto | Czynsz dzierżawny za 13 sztuk hemoglobinometrów za 1 miesiąc netto |  |  | Czynsz dzierżawny za 13 sztuk hemoglobinometrów za okres 36 miesięcy - wartość netto | VAT % | Czynsz dzierżawny za 13 sztuk hemoglobinometrów za okres 36 miesięcy - wartość brutto |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM poz.1.- 6. | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | | | |  |  |  |

*\* Wykonawca określa jakie akcesoria i w jakich ilościach są niezbędne do wykonania 200 .000 oznaczeń przy użyciu zaoferowanych hemoglobinometrów na okres 36 miesięcy*