**Załącznik nr 1**

...............….........2021 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .

Adres .

REGON

NIP

telefon .................................. e-mail

adres skrzynki ePUAP

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Rodzaj wykonawcy (zaznaczyć jedno z poniższych):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo,

🞎 małe przedsiębiorstwo,

🞎 średnie przedsiębiorstwo,

🞎 jednoosobowa działalność gospodarcza,

🞎 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

🞎 inny rodzaj.

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

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

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

podpis Wykonawcy

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych  
w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

\* 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).

**Niniejszym składam ofertę w**

ogłoszonym przez

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr CLO/ZP/10/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 1** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | **Roztwór trypsyny**. Gotowy do użycia, rekombinowany enzym do odtrawiania szerokiego spektrum adheretnych komórek ssaków (w tym keratynocytów i fibroblastów), (objętość 500 ml), nie zawierające czerwieni fenolowej (phenol red), pochodzenia nie zwierzęcego, stabilny w temperaturze pokojowej, nie wymagający inaktywacji inhibitorem, sterylny, w opakowaniu 500 ml, przeznaczony do użycia w hodowlach komórkowych. Minimalny okres ważności 6 miesięcy. Testowany pod względem osmolarności, pH, zawartości endotoksyn, bakterii i grzybów. Roztwór enzymu musi być wytwarzany w ściśle kontrolowanych warunkach, zgodnie z założeniami dobrej praktyki wytwarzania, zapewniając stałą wydajność między seriami | szt. | 2 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | **Zestaw odczynników pozwalający na identyfikację komórek apoptotycznych**, różnicujący komórki apoptotyczne z martwymi i żywymi komórkami w populacji, kompatybilny z urządzeniem Tali Image Cytometer | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | **Zestaw pozwalający na identyfikację martwych komórek.** Gotowy do użycia roztwór, kompatybilny z urządzeniem Tali Image Cytometer, z wiążącym DNA barwnikiem, stosowanym w celu określenia ilościowego martwych komórek. | szt. | 2 |  |  | **23%** |  |  |
| 4 | **Roztwór antybiotyków/ antymykotyków (objętość 10 x 1 ml):** sterylny, pakowany w fiolki (jedna fiolka przypada na przygotowanie pojedynczej butelki medium hodowlanego), skoncentrowanyroztwórgentamycyny i amfoterycyny B, po połączeniu z medium hodowlanym o objętości 500 ml końcowe stężenie powinno zawierać 10 µg/ml gentamycyny (± 0,05 µg/ml) i 0,25 µg/ml amfoterycyny B (± 0,05 µg/ml).Przechowywanie w zamrożeniu w temperaturze -15°C do -25°C.Spektrum działania: bakterie oraz grzyby**.** Minimalny okres ważności 12 miesięcy | szt. | 7 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 2** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Probówki wirówkowe, sterylne, nietoksyczne, niepyrogenne, z nadrukowaną skalą i miejscem na opis, pakowane w opakowaniach zbiorczych nie większych niż 50 szt., probówki umieszczone w rakach, pojemność 50 ml. | szt. | 100 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Butelki do hodowli komórek adherentnych o powierzchni wzrostu od 175 cm2 do 225 cm2, ze skośną szyjką, zakrętka z filtrem. Certyfikowane jako niepirogenne, sterylne w opakowaniach po maksymalnie 5 sztuk. | szt. | 150 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Szalki z powierzchnią, zapewniającą optymalne przyleganie i wzrost komórek, o powierzchni 21-22 cm2 z polistyrenu, z pierścieniem ułatwiającym przenoszenie płytek, sterylne pakowane w opakowaniu zbiorczym nie większym niż 20 szt., nietoksyczne, niepyrogenne. | szt. | 40 |  |  | **23%** |  |  |
| 4 | Sterylne probówki o pojemności 1,5 ml wykonane z przezroczystego polipropylenu. Charakteryzują się stożkowym dnem oraz płaskim korkiem zapobiegającym niekontrolowanemu odparowaniu. Probówki wyposażone są w podziałkę pomagającą ocenić objętość preparatu oraz matowe pole opisowe, które umożliwia wygodne opisanie lub oznaczenie próbek podczas badań. Wolne od RNAz i DNAz. | szt. | 1000 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 3** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Medium do hodowli mezenchymalnych komórek ludzkich o pojemności 500 ml w butelce plastikowej. Kompletne. | szt. | 60 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 4** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Test na 96-płytkę do czytnika płytek do określania szybkości wzrostu komórek ludzkich w obecności m.in. leków, środków cytotoksycznych z wykorzystaniem bromku 3- (4,5-dimetylotiazol-2-ilo) -2,5-difenylotetrazoliowego. Test musi pozwalać na przeprowadzeniem minimum 1000 testów | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 5** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Zestaw do szybkiego i znormalizowanego charakteryzowania i ilościowego oznaczania hodowanych ludzkich MSC za pomocą cytometrii przepływowej zawierający 5-kolorowy koktajl przeciwciał zawierający markery dodatnie (CD73, CD90, CD105) i markery ujemne (CD34, CD45, CD14, CD19 i anty-HLA-DR). Zestaw musi być kompletny i pozwalać na wykonanie min. 50 testów | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Zestaw do jednoczesnego wykrywania w jednej próbce metodą cytometrii przepływowej min. 35 miRNA, o których wiadomo, że ulegają deregulacji w różnych typach raka. Musi pozwalać na przeprowadzenie min. 90 testów | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 6** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Zestaw pojemników wykonanych z polipropylenu w skład zestawu wchodzą pojemnik o objętości 50 ml i 100 ml, pojemniki umieszczone jeden w drugim. Z nakrętką polipropylenową o wysokiej wytrzymałości z zabezpieczeniem uniemożliwiającym swobodne otwarcie. Każdy zestaw sterylny w indywidualnym opakowaniu ochronnym, z możliwością wykorzystania w transplantologii. Temperatura przechowywania do ‑80oC. Ilość 20 zestawów. | zestaw | 20 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 7** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Test ilościowy do kolorymetrycznej oceny transformacji nowotworowej adherentnych komórek. Test musi pozwalać na przeprowadzenie 100 eksperymentów. | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 8** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Linia komórek adherentnych fibroblastopodobnych L929 w fiolce, komórki mrożone. | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Linia komórek BALB/3T3 w fiolce, komórki mrożone. | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Linia fibroblastów ludzkich w fiolce, komórki mrożone. | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 9** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Zestaw do badania ekspresji ludzkiego genu PRODH rekacją Real Time-PCR połączony z barwnikiem SYBR Green, zawierający primery, pozwalający na wykonanie minimum 200 reakcji | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Zestaw do badania ekspresji ludzkiego genu ACTB rekacją Real Time PCR połączony z barwnikiem SYBR Green, zawierający primery, pozwalający na wykonanie minimum 200 reakcji | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Zestaw do badania ekspresji ludzkiego genu NOX4 rekacją Real Time PCR połączony z barwnikiem SYBR Green, zawierający primery, pozwalający na wykonanie minimum 200 reakcji | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 4 | Kompletny zestaw do izolacji RNA z lizatu komórkowego z kolumnami wolnymi od RNAz, do użycia w Real Time PCR z SYBR Green, wystarczający na 50 izolacji | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 5 | Kompletny zestaw do syntezy cDNA z RNA, jednoprobówkowy, do Real Time PCR, wystarczający na 100 reakcji | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 10** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Woda wolna od nukleaz (w tym RNAz i DNAz) o stopniu czystości dedykowanym do Real Time PCR, objętość min. 10 ml | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 11** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Newborn Calf Serum, sterylne, objętość min. 500 ml | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Fetal Bovine Serum, sterylne, objętość min. 100 ml | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Medium DMEM gotowe do użycia, sterylne, z glukozą, ze stabilną glutaminą, z pirogronianem objętość 500 ml | szt. | 4 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 12** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Zestaw do izolacji komórek z tkanek popłodu kompatybilny z gentle MACS Dissociator wystarczający na 100 izolacji | szt. | 2 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Tuby kompatybilne z urządzeniem gentle MACS Dissociator do izolacji komórek z tkanek popłodu | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Filtry do preseparacji, 100 um, kompatybilne z zestawem do izolacji tkanek popłodu kompatybilnym z gentle MACS Dissociator. Starczające na minimum 50 izolacji. | szt. | 1 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Pakiet 13** | **j.m.** | **ilość** | **cena jed.**  **netto** | **wartość**  **netto** | **stawka**  **VAT** | **wartość brutto** | **nazwa handlowa /**  **nr katalogowy** |
| 1 | Końcówki do pipet 20-100 ul | szt. | 1000 |  |  | **23%** |  |  |
| 2 | Końcówki do pipet 1000 ul | szt. | 1000 |  |  | **23%** |  |  |
| 3 | Końcówki do pipet z filtrem 0,2-10ul, wolne od DNAz i RNAz | szt. | 1000 |  |  | **23%** |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Wartość brutto oferty ........................................ zł słownie .................................................................................................................................................**

w tym:

wartość netto - ........................................ zł

podatek VAT - ........................................ zł

**Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

…………………………………………………

…………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy **CLO/ZP/10/2021** prowadzonego  
przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. 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. 108 ust. 1 pkt 1,2 i 5).*

Oświadczam, że spełniam łącznie wszystkie przesłanki określone w art. 110 ust. 2 Pzp, które stanowią podstawę do uznania za rzetelnie podjęte przeze mnie działania w procesie sanacyjnym przez Zamawiającego.

Na potwierdzenie mojego oświadczenia przedstawiam następujące dokumenty:

1. .…………………………………………………………………………………………………..
2. .…………………………………………………………………………………………………..
3. .…………………………………………………………………………………………………..
4. .…………………………………………………………………………………………………..

**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.

…………….……., dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*