**Załącznik nr 1**

…………………………………… ................….........2021 r.

 pieczątka firmowa

**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 pozyskałemw 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/27/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Asortyment | **j.m.** | **Ilość w okresie trwania umowy**  | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. | Badanie czystości mikrobiologicznej środowiska pobrania materiału tkankowego\* | szt. | 110 |  |  | 23% |  |
| 2. | Monitoring środowiska:* Badanie czystości mikrobiologicznej powietrza metodą aspiracyjną \*
* Badanie czystości mikrobiologicznej powietrza metodą sedymentacji\*
* Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni metodą odciskową (ściany, podłogi, maszyny, personelu) – i/lub wymazową z miejsc trudno dostępnych \*
 | szt. | 3.200 |  |  | 23% |  |
| 3.  | Identyfikacja szczepów drobnoustrojów, które wyrosły w próbkach pobranych przez Zamawiającego w klasie czystości A oraz w przypadku przekroczenia limitów krytycznych\*\*  | szt.  | 20 |  |  | 23% |  |
| 4.  | Badanie żyzności podłoży mikrobiologicznych i medium hodowlanego | szt. | 30  |  |  | 23% |  |
| 5. | Transport próbekmikrobiologicznych | transport\*\*\*  | 150 |  |  | 23% |  |
| 6. | Pobór prób przez Wykonawcę przy użyciu aparatu Wykonawcy w siedzibie Zamawiającego | przejazd\*\*\*\* | 10 |  |  | 23% |  |
| **Razem** |  |  |  |

**\* Pobór prób będzie przeprowadzany przez pracowników Zamawiającego, przy użyciu aparatu AIR IDEAl AIR Sampler 90 MM oraz aparatu Aplikator Count-TactTM firmy Biomérieux. Wykonawca jest obowiązany na własny koszt dostarczyć Zamawiającemu podłoża pasujące do aparatu Zamawiającego, umożliwiające prawidłowe pobranie prób.** Każda seria dostarczonych podłoży musi posiadać certyfikat GMP, być sterylizowana radiacyjne i zabezpieczona w potrójne opakowanie zewnętrzne. Zamawiający akceptuje również certyfikaty wydane przez inne równoważne jednostki oceniające zgodność z Dobrą Praktyką Wytwarzania. W przypadku pobierania prób metodą wymazową Wykonawca jest obowiązany na własny koszt dostarczyć Zamawiającemu wymazówki z podłożem oraz możliwy do dezynfekcji szablon umożliwiający pobranie próbki. Dla każdej serii dostarczonych podłoży Wykonawca musi przeprowadzić badanie żyzności (zgodnie z Farmakopeą Europejską i obowiązującym prawodawstwem polskim i europejskim) oraz dostarczyć kopię protokołu z tego badania potwierdzonego przez Osobę Wykwalifikowaną \*\*\*\*\*. Prawidłowość pobrania prób będzie potwierdzana przez Osobę Wykwalifikowaną \*\*\*\*\* Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela, która posiada zgodę GIF (GIF-IWPS.400.4.2019.WK.4) na wytwarzanie produktów leczniczych terapii zaawansowanej - wyjątków szpitalnych/ z dnia 30 grudnia 2019 r.

**\*\* limit krytyczny** - każdy wynik powyżej parametrów zwartych w tabeli 4.40 (Poziom zanieczyszczeń mikrobiologicznych w pomieszczeniu czystym w działaniu) Załącznika nr 6 do Dobrej Praktyki Wytwarzania. Identyfikacji nie będą podlegały próbki z pobrania zgodnie z pkt 1. tabeli tj. środowiska pobrania materiału tkankowego.

**\*\*\* transport** - odebranie materiału przeznaczonego do badania z siedziby Zamawiającego i dostarczenie tegoż materiału do laboratorium Wykonawcy.

**\*\*\*\* przejazd** - przyjazd pracownika Wykonawcy do siedziby Zamawiającego, pobór prób do badań przez pracownika Wykonawcy przy użyciu aparatu Wykonawcy, odebranie materiału przeznaczonego do badania z siedziby Zamawiającego, dostarczenie pobranego materiału do laboratorium Wykonawcy.

**\*\*\*\*\* Osoba Wykwalifikowana** zdefiniowana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (Dz. U. 2015 poz. 1979 z późn. zm.)

**Wartość brutto: ........................ słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

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

 podpis Wykonawcy

**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. 273ust. 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/27/2021** 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 ustawy 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)*