**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, żewypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13lubart. 14RODO1) 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/47/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 1: Odczynniki laboratoryjne*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa/** **nr katalogowy** |
| 1. | Szczep wzorcowy *Micrococcus sp.* wykorzystywany zgodnie z Farmakopeą (Wydanie XII Warszawa 2020 r.) do badania przydatności metody - badań jałowości sterylnego produktu leczniczego. Produkt występujący w formie liofilizowanej. Do każdej serii musi być dołączany lub udostępniony elektronicznie certyfikat badań kontroli jakości potwierdzający obecność występowania dokładnej ilości mikroorganizmów i ich żywotności. Szczepy wzorcowe muszą być zgodne z ujednoliconymi w ramach Unii Europejskiej standardami badań jakości (w tym jałowości) dla produktów leczniczych. | zestaw | 4 |  |  | 23% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 1 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 2: Akcesoria laboratoryjne*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa/** **nr katalogowy** |
| 1. | Niezmywalny marker do opisywania probówek i próbek. Sterylny, pakowany pojedynczo. | szt. | 10 |  |  | 23% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 2 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 3: Akcesoria laboratoryjne*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa/** **nr katalogowy** |
| 1. | Probówki do mrożenia, pojemność w zakresie 1.8 ml do 2 ml, sterylne pakowane w opakowaniu zbiorczym nie większym niż 50 sztuk. | szt. | 100 |  |  | 23% |  |  |
|  | Pipety transferowe, sterylne, pakowane pojedynczo w opakowanie foliowe, pojemność 3-3,5 ml. | szt. | 2.000 |  |  | 23% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 3 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 4: Odczynniki laboratoryjne*** | **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 Pakietu 4 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 5: Odczynniki laboratoryjne, akcesoria laboratoryjne*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa/** **nr katalogowy** |
| 1. | Końcówki do pipet 20-100 ul  | szt. | 1.000 |  |  | 23% |  |  |
| 2. | Końcówki do pipet 1000 ul | szt. | 1.000 |  |  | 23% |  |  |
| 3. | Końcówki do pipet z filtrem 0,2-10ul, wolne od DNAz i RNAz | szt. | 1.000 |  |  | 23% |  |  |
| 4. | Płytka do hodowli komórkowych adherentnych 96-dołkowa, wolna od DNAz i RNAz, sterylna, pakowana pojedynczo, przezroczysta, wykonana z polistyrenu. | szt. | 25 |  |  | 23% |  |  |
| 5. | Płytka do hodowli komórkowych adherentnych 96-dołkowa, wolna od DNAz i RNAz, sterylna, pakowana pojedynczo, czarna, wykonana z polistyrenu. | szt. | 25 |  |  | 23% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 5 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | ***Przedmiot zamówienia******Pakiet 6: Odczynniki laboratoryjne*** | **j.m.** | **Ilość** | **Cena jed.****netto** | **Wartość****netto** | **Stawka VAT** | **Wartość brutto** | **Nazwa handlowa/** **nr katalogowy** |
| 1. | Kompletna płytka 96-dołkowa kompatybilna z urządzeniem CFX-96 Realt Time System, służąca do detekcji panelu genów ludzkich (nie mniej niż 85 na jedną płytkę plus kontrole pozytywne) dedykowana do wykrywania ekspresji genów związanych z gojeniem ran (m.in. geny CXCL2, FGF2, IL1B, ITGA4, MAPK3, PLAU, SERPINE1, VEGFA).***Zamawiający dopuszcza opakowania zbiorcze.*** | szt. | 25 |  |  | 23% |  |  |
| 2. | Kompletna płytka 96-dołkowa kompatybilna z urządzeniem CFX-96 Realt Time System, służąca do detekcji panelu genów ludzkich (nie mniej niż 85 na jedną płytkę plus kontrole pozytywne) dedykowana do wykrywania ekspresji genów związanych z depresją (w tym geny takie jak ADRB2, CALM2, DNMT3A, FGF9, GNB3, HSPA1A, IL4, MAPK1, PLSCR1, SIRT3, SRSF2, TBP). ***Zamawiający dopuszcza opakowania zbiorcze.*** | szt. | 25 |  |  | 23% |  |  |
| 3. | Kompletna płytka 96-dołkowa kompatybilna z urządzeniem CFX-96 Realt Time System, służąca do detekcji panelu genów ludzkich (nie mniej niż 85 na jedną płytkę plus kontrole pozytywne) dedykowana do wykrywania ekspresji genów związanych z uszkodzeniem płuc (m.in. geny ACTB, CCL2, CD14). ***Zamawiający dopuszcza opakowania zbiorcze.*** | szt. | 25 |  |  | 23% |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 6 ........................ zł słownie ..........................................................................................................**

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/47/2021** 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)*