**Załącznik nr 1 do WUZ z dnia 19.02.2018 - ARKUSZ CENOWY OFERENTA**

1. **Dane Zamawiającego:**EMC Silesia sp. z o.o., ul. Morawa 31, 40-353 Katowice, KRS 0000319419 – Sąd Rejonowy Katowice-Wschód, NIP: 954 265 81 95   REGON: 241077378, Kapitał zakładowy: 19 347 000 PLN
2. **Dane Oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa |  |
| Forma prawna |  |
| Adres siedziby |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Organ rejestrowy/ Numer w Rejestrze |  |
| Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail) |  |

**Celem postępowania jest:** otrzymanie ofert na wykonanie badań laboratoryjnych oraz wyłonienie dostawcy z którym zostanie podpisana umowa w zakresie przedmiotowych dostaw   
i usług, szczegółowo określonym poniżej.

**Przedmiot zamówienia**:

Przedmiotem WUZ jest wykonanie 400 pakietów badań laboratoryjnych:

* Aptt
* crp
* inr
* glukoza
* elektrolity
* kreatynina
* mocz
* morfologia
* ob.
* morf z rozmazem
* fosfataza zasadowa
* Alat
* Aspat
* ths
* lipidogram
* albumina
* kwas moczowy
* B12
* hemoglobina glikowana
* witamina D3
* posiew do 4 wymazów

na rzecz pacjentów będących uczestnikami projektu „Szpital Domowy w Katowicach”.

Materiał będzie pobrany i przygotowany do transportu przez personel Zamawiającego.

Odbiór materiału z siedziby Zamawiającego, tj. ul. Morawa 31, 40-353 Katowice, w dni robocze w godzinach do godz. 11.30.

Koszt zakupu narzędzi do pobrania materiału do badań po stronie Zamawiającego.

Koszt odbioru materiału oraz dostarczenia wyniku po stronie Dostawcy.

Wynik przekazany w formie papierowej do Zamawiającego w terminie właściwym dla danego rodzaju badania. Rozliczenie nastąpi w cyklu miesięcznym według rzeczywistego zużycia.

1. **Oferta asortymentowo - cenowa:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Badanie** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Termin wykonania** |
| 1 | Aptt | 1 |  |  |  |
| 2 | crp | 1 |  |  |  |
| 3 | inr | 1 |  |  |  |
| 4 | glukoza | 1 |  |  |  |
| 5 | elektrolity | 1 |  |  |  |
| 6 | kreatynina | 1 |  |  |  |
| 7 | mocz | 1 |  |  |  |
| 8 | morfologia | 1 |  |  |  |
| 9 | ob. | 1 |  |  |  |
| 10 | morf z rozmazem | 1 |  |  |  |
| 11 | fosfataza zasadowa | 1 |  |  |  |
| 12 | Alat | 1 |  |  |  |
| 13 | Aspat | 1 |  |  |  |
| 14 | ths | 1 |  |  |  |
| 15 | lipidogram | 1 |  |  |  |
| 16 | albumina | 1 |  |  |  |
| 17 | kwas moczowy | 1 |  |  |  |
| 18 | B12 | 1 |  |  |  |
| 19 | hemoglobina glikowana | 1 |  |  |  |
| 20 | witamina D3 | 1 |  |  |  |
| 21 | posiew do 4 wymazów | 4 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Cena netto** | **Cena brutto** | **Stawka VAT/ Wartość VAT** |
| Cena 1 pakietu  (tj. poz. 1-21) |  |  |  |
| Cena łączna 140 pakietów |  |  |  |

1. **Termin ważności oferty:** *(minimum 14 dni)* …………………………………………………..
2. **Termin płatności:** *(30 dni) ………………………………..*
3. **Termin realizacji umowy: (***01.03.2018 – 30.06.2019)……………………………….*
4. **Dane osoby upoważnionej do współpracy z Grupą EMC w zakresie opracowania i negocjacji złożonej oferty:**

* Imię i nazwisko:……………………………………………………………………………….
* Stanowisko: …………………………………………………………………………………...
* Nr tel. stacjonarnego i komórkowego: ………………………………………………………..
* Adres e-mail: ………………………………………………………………………………….

1. **Działając w imieniu i na rzecz Oferenta, oświadczam, że:**

* Oferent znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
* Oferent posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także pracowników zdolnych do wykonania zamówienia.
* Oferent posiada uprawnienia do wykonania zamówienia określonego w Warunkach Przetargu.
* Oferent zobowiązuje się zawrzeć umowę z Organizatorem, której wzór z najważniejszymi założeniami stanowi Załącznik nr 2 do RFP i nie ma do niej uwag. Oferta stanowić będzie załącznik do Umowy.
* Oferent akceptuje warunki zawarte w WUZ.

Data i podpis osoby upoważnionej/ Oferenta

………….…………………………………………………….

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ARKUSZA CENOWEGO OFERENTA**

**dot. WUZ z dnia 19.02.2018   
dot.** **wyboru wykonawcy badań laboratoryjnych w ramach projektu   
„Szpital Domowy w Katowicach”**

**OŚWIADCZENIE O BRAKU POWIĄZAŃ**

Oświadczam, że Oferent nie jest powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,

b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika

z przepisów prawa lub nie został określony przez IZ PO,

c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta,

pełnomocnika,

d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa

w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Data i podpis osoby upoważnionej/ Oferenta

…………………………………………………………………….