|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pakiet nr 1 |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L.p | Opis przedmiotu zamówienia | nr kat. / producent | Ilość\* | jedn. miary | cena jed. netto | Vat | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Odczynniki do oznaczania leków immunosupresyjnych w pełnej krwi- takrolimus, sirolimus, cyklosporyna, everolimus na płytkach 96 dołkowych |  |  |  |  |  |  |  |
|
| 2. | Kalibratory; dla co najmniej pięciu poziomach stężeń leków immunosupresyjnych. |  |  |  |  |  |  |  |
| Wymagany zakres liniowości nie gorszy niż |
| w zakresie stężeń: |
| Cyklosporyna A 0,1 µg/l – 1700 µg/l |
| Everolimus 0,4 µg/l – 60 µg/l |
| Sirolimus 0,4 µg/l – 70 µg/l |
| Takrolimus 0,5 µg/l – 60 µg/l |
| 3. | Kontrole, przynajmniej na trzech poziomach stężeń leków immunosupresyjnych. |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania kontrolne wykonywane codziennie co najmniej na dwóch poziomach stężeń. |
| 4. | Odczynniki do seperacji |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Standard wewnętrzny |  |  |  |  |  |  |  |
| razem | | | | | | |  |  |
| Lp | Wymóg | Parametr wymagany | | Potwierdzenie spełniania parametru | | |
| 1 | Dostawca zapewnia optymalizację metody na posiadanym przez użytkownika spektrometrze TQ3500Sciex,Inc. | tak | |  | | |
| 2 | Dostawca zapewnia usuwanie problemów aplikacyjnych na własny koszt w ciągu 24h od daty zgłoszenia | tak | |  | | |
| 3 | W przypadku niemożności usunięcia problemów aplikacyjnych w ciągu 24h dostawca zapewnia wykonanie bieżących badań na własny koszt | tak | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* | ilość podane w tabeli w poszczególnych pozycjach winny zabezpieczać wykonanie 8000 oznaczeń | | | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| Wykonawca sporządzi dodatkowa tabele wg w/w na nie wymienione elementy niezbędne do wykonania w/w oznaczeń . | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……………………………… | |  |  |
|  |  |  |  |  | podpis Wykonawcy | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pakiet nr 2 |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Opis przedmiotu zamówienia | nr kat. / producent | Ilość\* | jedn. miary | cena jed. netto | Vat | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1 | Odczynniki do oznaczania kwasu mykofenolowego wraz z glukuronidem w osoczu na płytkach 96 dołkowych |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kalibratory; dla co najmniej czterech poziomach stężeń MPA i glukuronidu. |  |  |  |  |  |  |  |
| Wymagany zakres liniowości nie gorszy niż : |
| Kwas mykofenolowy 0,1 mg/l – 20 mg/l |
| 3 | Kontrole, przynajmniej na dwóch poziomach stężeń leków: badania wykonywane codziennie . |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Odczynniki do seperacji |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Standard Wewnętrzny ; Kwas Mykofenolowy |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Akcesoria niezbędne do wykonania analiz |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |
| Lp | Wymóg | Parametr wymagany | | Potwierdzenie spełniania parametru | | |
| 1 | Dostawca zapewnia optymalizację metody na posiadanym przez użytkownika spektrometrze TQ3500Sciex,Inc. | tak | |  | | |
| 2 | Dostawca zapewnia usuwanie problemów aplikacyjnych na własny koszt w ciągu 24h od daty zgłoszenia | tak | |  | | |
| 3 | W przypadku niemożności usunięcia problemów aplikacyjnych w ciągu 24h dostawca zapewnia wykonanie bieżących badań na własny koszt | tak | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* | ilość podane w tabeli w poszczególnych pozycjach winny zabezpieczać wykonanie 1500 oznaczeń | | | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| Wykonawca sporządzi dodatkowa tabele wg w/w na nie wymienione elementy niezbędne do wykonania w/w oznaczeń . | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……………………………… | |  |  |
|  |  |  |  |  | podpis Wykonawcy | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pakiet nr 3 |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Opis przedmiotu zamówienia | nr kat. / producent | Ilość\* | jedn. miary | cena jed. netto | Vat | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1 | Odczynniki do oznaczania leków przeciwgrzybiczych w osoczu krwi   na płytkach 96 dołkowych |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kalibratory; dla co najmniej trzech poziomach stężeń leków. Wymagany zakres liniowości nie gorszy niż w zakresie stężeń: |  |  |  |  |  |  |  |
| 5-Flucytosine 2mg/l – 250mg/l |
| Fluconazole 0,05mg/l- 35,0 mg/l |
| Itraconazole 0,03mg/l -10,0mg/l |
| Hydroxy-Intraconazole 0,1mg/l-10mg/l |
| Ketokonazol 0,03mg/l-25,0mg/l |
| Pasaconazole 0,06mg/l-10,0mg/l |
| Voriconazol 0,04mg/l-15,0mg/l |
| 3 | Kontrole, przynajmniej na dwóch poziomach stężeń leków immunosupresyjnych. Badania kontrolne wykonywane codziennie na wszystkich poziomach stężeń. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Odczynniki do seperacji |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Standard Wewnętrzny |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Akcesoria niezbędne do wykonania analiz |  |  |  |  |  |  |  |
| razem | | | | | | |  |  |
| Lp | Wymóg | Parametr wymagany | | Potwierdzenie spełniania parametru | | |
| 1 | Dostawca zapewnia optymalizację metody na posiadanym przez użytkownika spektrometrze TQ3500Sciex,Inc. | Tak | |  | | |
| 2 | Dostawca zapewnia usuwanie problemów aplikacyjnych na własny koszt w ciągu 24h od daty zgłoszenia | Tak | |  | | |
| 3 | W przypadku niemożności usunięcia problemów aplikacyjnych w ciągu 24h dostawca zapewnia wykonanie bieżących badań na własny koszt | Tak | |  | | |
| \* | ilość podane w tabeli w poszczególnych pozycjach winny zabezpieczać wykonanie 1200 oznaczeń | | | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| Wykonawca sporządzi dodatkowa tabele wg w/w na nie wymienione elementy niezbędne do wykonania w/w oznaczeń . | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ……………………………… | |  |  |
|  |  |  |  |  | podpis Wykonawcy | |  |  |

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Załącznik nr 5

Sprawa nr 120/EZP/19

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawa odczynników do oznaczania leków i kwasu mykofenolowego

w krwi i w osoczu krwi ”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z Wykonawcami uczestniczącymi w niniejszym postępowaniu .

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

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

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

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

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

………………………………………………………..

(czytelne podpisy – imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 6

………………………..

(pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy o posiadaniu certyfikatu CE-IVD do pozycji 1- 5 z Pakietu nr 1/2/3 z postępowania na dostawę odczynników do oznaczania leków i kwasu mykofenolowego

w krwi i w osoczu krwi ( spr. nr 120/EZP/19 ) oraz deklarujemy gotowości dostarczenia tego dokumentu na każde żądanie zamawiającego w terminie 3 dni od otrzymania zawiadomienia

…………………. dn. ……………. ……………………………………

(miejscowość) (data) *(podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 7

Formularz cenowy

Oferowane ceny na poszczególne pakiety w przetargu na dostawę odczynników do oznaczania leków i kwasu mykofenolowego w krwi i w osoczu krwi wynoszą :

Pakiet nr 1

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 2

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 3

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

**Termin płatności oferowany przez Wykonawcę dla Zamawiającego**

**do 30 dni.**

……………………………………………..

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*