**PAKIET NR 1 – Szybkie testy kasetkowe do wykrywania narkotyków, metabolitów i leków uzależniających w moczu.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L p | **Rodzaj testu** | **Ilość sztuk**  **/**  **36 m-cy** | **Ilość opak** | **Numer katalogowy** | **Nazwa handlowa** | **Cena opak.**  **netto** | **Cena opak.**  **brutto** | **VAT%**  **stawka** | **Wart. netto** | **Wart. brutto** |
| 1 | Metadon czułość 300 ng/ml | 700 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Fencyklidyna czułość 25 ng/ml | 700 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Benzodiazepiny czułość 300 ng/ml | 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Barbiturany czułość 300 ng/ml | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Metamphetamina czułość 500 ng/ml | 1300 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Kokaina czułość 300 ng/ml | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Marihuana czułość 50 ng/ml | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Opiaty czułość 300 ng/ml | 900 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | TCA czułość 1000 ng/ml | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Extaza czułość 500 ng/ml | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Amfetamina czułość 300 ng/ml | 1500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Dietyloamid kwasu lizergowego (LSD) czułość 20 ng/ml | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Panel zawierający: ABP/K2/FYL/alfa  PVP/MDPV/MEP/CAT | 500 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Parametry graniczne** **dla Pakietu nr 1**

1.Zamawiający wymaga, aby w trakcie trwania umowy producent oferowanych testów był cały czas ten sam **TAK/NIE**

2.Konfekcja 20 – 40 kasetek/opak **TAK/NIE**

3.Wszystkie odczynniki z pakietu 1 muszą posiadać certyfikaty i znaki CE, dopuszczające do ich używania na terenie UE w placówkach służby zdrowia **TAK/NIE**

4. Instrukcja dotycząca sposobu użycia testu i wykonania oznaczenia w języku polskim **TAK/NIE**

5. Oferowane kasetki, dotyczące pozycji nr 1-12 są jednoparametrowe **TAK/NIE**

6. Termin ważności zestawu min 6 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu **TAK/NIE**

7. Pozycja nr 13 jest panelem oznaczającym jednocześnie 7 substancji: AB-pinaca (ABP) - czułość 10 ng/ml, syntetyczna marihuana (K2)-czułość 50 ng/ml, fentanyl (FYL)- czułość 20 ng/ml, Alfa-pirolidynowalerofenon (α-PVP)- czułość 1000 ng/ml, 3,4-metylenodioksypirowaleron (MDPV)-czułość 1000 ng/ml, mefedron (MEP)- czułość 100 ng/ml, cathinone (CAT)– czułość 150 ng/ml **TAK/NIE**

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Pakietu nie można dzielić na poszczególne pozycje.

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 2 - Szybkie kasetkowe testy immunochromatograficzne do wykrywania: krwi utajonej w kale ,antygenów drobnoustrojów**

**w materiale klinicznym, mechanizmów oporności na antybiotyki. Szybkie lateksowe testy identyfikacyjne.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Rodzaj testu** | Ilość (sztuki)/  36 m-cy |
| 1 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania ludzkiej hemoglobiny w kale (krew utajona w kale), bez stosowania specjalnej diety | 600 |
| 2 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów wirusa grypy typu A i B w wymazach z nosa, nosogardła, gardła | 600 |
| 3 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu wirusa RSV w popłuczynach z nosa i wymazach  z nosogardła | 2200 |
| 4 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów Rotawirusa i Adenowirusa w próbce kału | 2000 |
| 5 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Helicobacter pylori w próbce kału | 300 |
| 6 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Norovirus w próbce kału | 120 |
| 7 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Campylobacter w próbce kału | 120 |
| 8 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Streptococcus pneumoniae w moczu i płynie mózgowo-rdzeniowym | 300 |
| 9 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Legionella pneumophila w moczu | 100 |
| 10 | Test immunochromatograficzny do wykrywania karbapenemaz KPC,NDM,VIM ,OXA- 48, OXA-163 z hodowli bakteryjnej | 300 |
| 11 | Test lateksowy, aglutynacyjny do jakościowego wykrywania w PMR i innych płynach ustrojowych (krew, mocz) antygenów drobnoustrojów: Neisseria meningititis z grupy (A, B, C, Y/ W135), Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae b, Streptococcus grupy B, Streptococcus pneumoniae ,wraz z kontrolą dodatnią i ujemną | 90 |

**PARAMETRY GRANICZNE DLA SZYBKICH KASETKOWYCH TESTÓW IMMUNOCHROMATOGRAFICZNYCH ORAZ LATEKSOWYCH TESTÓW IDENTYFIKACYJNYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie**  **spełnienia**  **wymogów** |
| 1 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania ludzkiej hemoglobiny w kale (krew utajona w kale),bez stosowania specjalnej diety**  Czułość testu: 40ng/ml. Swoistość :test swoisty dla hemoglobiny ludzkiej | TAK/NIE |
| 2 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów wirusa grypy typu A i B w wymazach z nosa, nosogardła, gardła**  Wirus grypy typu A:czułość nie mniej niż 87%,specyficzność nie mniej niż 94% (w porównaniu do metod genetycznych PCR)  Wirus grypy typu B: czułość nie mniej niż 92%, specyficzność nie mniej niż 97% ( w porównaniu do metod genetycznych PCR) | TAK/NIE |
| 3 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu wirusa RSV w popłuczynach z nosa i wymazach**  **z nosogardła**  Czułość i swoistość testu porównywalna do hodowli komórkowej / DFA (powyżej 90%) | TAK/NIE |
| 4 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów Rotawirusa i Adenowirusa w próbce kału**  Rotawirus - czułość nie mniej niż 91%, specyficzność nie mniej niż 99% ( w porównaniu do metod genetycznych PCR)  Adenowirus - czułość nie mniej niż 82%, specyficzność nie mniej niż 97% ( w porównaniu do metod genetycznych PCR) | TAK/NIE |
| 5 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Helicobacter pylori w próbce kału**  Czułość i swoistość nie miej niż 99% (względem metody opartej na endoskopii) | TAK/NIE |
| 6 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Norovirus w próbce kału**  Czułość i swoistość nie miej niż 99% | TAK/NIE |
| 7 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Campylobacter w próbce kału**  Czułość nie mniej niż 93%, specyficzność nie mniej niż 98%( w porównaniu do metod genetycznych PCR) | TAK/NIE |
| 8 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Streptococcus pneumoniae w moczu i płynie**  **mózgowo-rdzeniowym**  Czułość nie mniej niż 86%,specyficzność nie mniej niż 94%(względem metod hodowlanych)dla próbki moczu  Czułość nie mniej niż 97%,specyficzność nie mniej niż 99%(względem metod hodowlanych) dla próbki płynu mózgowo-rdzeniowego | TAK/NIE |
| 9 | **Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Legionella pneumophila serogrupy I w moczu**  Czułość nie mniej niż 95%,specyficzność nie mniej niż 95%(względem metod hodowlanych) | TAK/NIE |
| 10 | **Test immunochromatograficzny do wykrywania karbapenemaz KPC,NDM,VIM ,OXA- 48, OXA-163 z hodowli bakteryjnej ,**  wraz z niezbędnymi odczynnikami | TAK/NIE |
| 11 | **Test lateksowy, aglutynacyjny do jakościowego wykrywania w PMR i innych płynach ustrojowych (krew, mocz) antygenów**  **drobnoustrojów: Neisseria meningititis, (A, B, C, Y/ W135), E. coli K1, Haemophilus influenzae b, Streptococcus gr. B, Streptococcus pneumoniae** ,**wraz z kontrolą dodatnią i ujemną** | TAK/NIE |
| 12 | Ilość testów w opakowaniu:10-30szt | TAK/NIE |
| 13 | Termin ważności dla wszystkich składników testu: minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu | TAK/NIE |
| 14 | Certyfikat Kontroli Jakości wymagany do każdej dostawy testów | TAK/NIE |
| 15 | Oferowane testy posiadają certyfikaty (CE,IVD) | TAK/NIE |
| 16 | Instrukcje wykonania testu/oznaczenia dostępne w języku polskim | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Karty charakterystyki, Certyfikaty Kontroli Jakości Oferent dostarczy w terminie 3 dni na prośbę Zamawiającego lub udostępni adres strony internetowej na której się znajdują.

**Załącznik do pakietu nr 2**

**Szybkie kasetkowe testy immunochromatograficzne do wykrywania: krwi utajonej w kale ,antygenów drobnoustrojów**

**w materiale klinicznym, mechanizmów oporności na antybiotyki. Szybkie lateksowe testy identyfikacyjne.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L p | **Rodzaj testu** | **Ilość sztuk**  **/**  **36 m-cy** | **Ilość opak** | **Numer katalogowy, oraz nazwa handlowa** | **Cena opak.**  **netto** | **Cena opak.**  **brutto** | **VAT%**  **stawka** | **Wart. netto** | **Wart. brutto** |
| 1 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania ludzkiej hemoglobiny w kale (krew utajona w kale) bez stosowania specjalnej diety | **600** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów wirusa grypy typu A i B w wymazach z nosa, nosogardła ,gardła | **600** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu wirusa RSV w popłuczynach z nosa i wymazach z nosogardła | **2200** |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenów Adenowirusa i Rotawirusa w próbce kału | **2000** |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Helicobacter pylori w próbce kału | **300** |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Norovirus w próbce kału | **120** |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Campylobacter w próbce kału | **120** |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Streptococcus pneumoniae w moczu i płynie mózgowo-rdzeniowym | **300** |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Test immunochromatograficzny do jakościowego wykrywania antygenu Legionella pneumophila w moczu | **100** |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Test immunochromatograficzny do wykrywania karbapenemaz KPC, NDM,VIM ,OXA- 48, OXA-163 z hodowli bakteryjnej | **300** |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Test lateksowy, aglutynacyjny do jakościowego wykrywania w PMR i innych płynach ustrojowych (krew, mocz) antygenów drobnoustrojów: Neisseria meningititis, (A, B, C, Y/ W135), E. coli K1, Haemophilus influenzae b, Streptococcus gr. B, Streptococcus pneumoniae , wraz z kontrolą dodatnią i ujemną | **90** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | | | | |  |  |

**Pakietu nie można dzielić na poszczególne pozycje**.

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 3 - Test immunoenzymatyczny do wykrywania antygenu GDH ( dehydrogenazy glutaminianowej) oraz toksyn A i B Clostridioides difficile**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Rodzaj testu** | **Ilość sztuk**  **/ 36 m-cy** |
| 1 | Szybki kasetkowy test immunoenzymatyczny do równoczesnego wykrywania antygenu GDH (dehydrogenazy glutaminianowej) oraz toksyn A i B *Clostridioides difficile* | **1200** |

**PARAMETRY GRANICZNE DLA TESTU IMMUNOENZYMATYCZNEGO DO WYKRYWANIA ANTYGRENU GDH I TOKSYN A I B CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1 | Test kasetkowy do wykrywania antygenu GDH oraz toksyn A / B w jednej studzience reakcyjnej (próbka dozowana do jednej studzienki) | TAK/NIE |
| 2 | Minimalna granica wykrywalności:   * GDH: nie gorsza niż 0,8 ng /ml * toksyny A nie gorsza niż 0,7 ng /ml * toksyny B nie gorsza niż 0,2 ng /ml | TAK/NIE |
| 3 | Czułość i swoistość testu wyznaczona względem metody referencyjnej, tj. hodowli bakteryjnej/ tkankowej | TAK/NIE |
| 4 | Kontrola dodatnia (antygen) zawarta w zestawie oprócz kontroli zintegrowanej z płytką testową | TAK/NIE |
| 5 | Skalowane pipetki zawarte w zestawie | TAK/NIE |
| 6 | Wielkość opakowania : 25-30 testów | TAK/NIE |
| 7 | Termin ważności : minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu | TAK/NIE |
| 8 | Wszystkie wymagane parametry testu potwierdzone w metodyce stosowania dołączonej do oferty | TAK/NIE |
| 9 | Do każdej dostawy wymagane dostarczenie Certyfikatu Kontroli Jakości | TAK/NIE |
| 10 | Zamawiający wymaga, aby w trakcie trwania umowy Producent  oferowanych testów był cały czas ten sam | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Karty charakterystyki, Certyfikaty Kontroli Jakości Oferent dostarczy w terminie 3 dni na prośbę Zamawiającego lub udostępni adres strony internetowej na której się znajdują.

**Załącznik do pakietu nr 3**

**Test immunoenzymatyczny do wykrywania antygenu GDH ( dehydrogenazy glutaminianowej) oraz toksyn A i B *Clostridioides difficile***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj testu** | **Ilość**  **ozn/**  **36 m-cy** | **Ilość opak./**  **36 m-cy** | **Wielkość**  **opak.** | **Nr katalogowy oraz nazwa handlowa** | **VAT%**  **stawka** | **Cena opak.**  **netto** | **Cena opak.**  **brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Szybki kasetkowy test immunoenzymatyczny do równoczesnego wykrywania antygenu GDH oraz toksyn A / B *Clostridioides difficile* | **1200** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **PLN netto** | **PLN brutto** |
| **Wartość oferty/ na 36 m-cy** | **Testy** |  |  |
| Razem: | |  |  |

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 4- Zestaw-system do zagęszczania kału do analizy parazytów, kompletny do użycia.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa odczynnika | Nazwa handlowa | Numer katalogowy | Prognozowana ilość badań/  36 m-cy | Wielkość opak. | Cena jednostkowa testu  netto brutto | | Cena opak.  netto brutto | | Wartość  netto brutto | |
| **Zestaw-system do zagęszczania kału do analizy parazytów, kompletny do użycia** |  |  | 500 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem wartość** | | | | | | | | |  |  |

1.Zestaw do zagęszczania kału 20-40 testów/opak **TAK/NIE**

2.Zamawiający wymaga, aby w trakcie trwania umowy producent oferowanych testów był cały czas ten sam **TAK/NIE**

3.Termin ważności zestawu min 6 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu **TAK/NIE**

4.Odczynniki z pakietu 4 muszą posiadać certyfikat i znak CE, dopuszczające do ich używania na terenie UE w placówkach służby zdrowia **TAK/NIE**

5.Instrukcja dotycząca sposobu użycia testu i wykonania oznaczenia w języku polskim **TAK/NIE**

6**.** Produkt jednorazowy, gotowy do użytku **TAK/NIE**

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 5 - Mikrometoda wraz z dzierżawą automatycznego analizatora immunohematologicznego oraz systemu back-up do oferowanych kart**

**TABELA NR 1 DO PAKIETU NR 5 -** Karty , krwinki wzorcowe, materiały kontrolne i odczynniki do badań immunotransfuzjologicznych wykonywanych mikrometodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa odczynnika nazwa handlowa** | **Prognoz. ilość badań /36 m-cy** | **Nr katalogowy produktu, nazwa handlowa oraz**  **producent** | **VAT** | **Cena jednostkowa**  **netto brutto** | | **Wartość**  **netto brutto** | |
| 1. | Pełne oznaczenie grupy krwi w układzie ABO z badaniem izoaglutynin grupowych na jednej karcie | 25 200 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Badanie przeglądowe p/ciał na 3 krw.wzorcowych w PTA-LISS – surowica monowalentna IgG | 860 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Badanie przeglądowe p/ciał na 3 krw.wzorcowych w PTA-LISS | 33 120 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Próba zgodności krzyżowej w PTA-LISS | 21 600 |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Antygeny układu ABO i RhD u biorcy | 10 944 |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Antygeny układu ABO i RhD u dawcy | 20 160 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Grupa krwi noworodka z BTA | 384 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Potwierdzenie grupy krwi noworodka; inne klony niż w pkt.7 (zgodnie z obowiązującymi przepisami IHiT) | 384 |  |  |  |  |  |  |
| 9. | Bezpośredni test antyglobulinowy ( IgG-IgA-IgM-C3c-C3d-ctl ) | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 10. | Identyfikacja przeciwciał na panelu min.10 krwinkowym w PTA- LISS+ k.wł. | Odpowiednio do deklarowanej ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 11. | Karty z NaCl | 288 |  |  |  |  |  |  |
| 12. | Odczynnik LISS | Odpowiednio do deklarowanej ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 13. | Zestaw krwinek wzorcowych do grupy | Odpowiednio do deklarowanej ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 14. | Zestaw min.10 krwinek panelowych do PTA i testu NaCl | Odpowiednio do deklarowanej ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 15. | Zestaw 3 krwinek wzorcowych do screeningu p/c (do testu PTA-LISS i NaCl) | Odpowiednio do deklarowanej ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 16. | Codzienna kontrola jakości | Odpowiednio do ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 17. | Zewnątrzlaboratoryjna międzynarodowa kontrola jakości, potwierdzona międzynarodowym certyfikatem ( z próbą zgodności ) | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 18. | Kontrola IHiT | 9 |  |  |  |  |  |  |
| 19. | Badanie profili antygenowych grupy Rh: C-Cw-c-E-e-K | 144 |  |  |  |  |  |  |
| 20. | Materiały zużywalne, płyny systemowe, oraz pozostałe odczynniki do wykonania w/w badań | Odpowiednio do ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 21. | Odczynnik anty-A | 15 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 22. | Odczynnik anty-A (inny klon) | 15 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 23. | Odczynnik anty-B | 15 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 24. | Odczynnik anty-B (inny klon) | 15 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 25. | Odczynnik anty-D (BLEND) | 12 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 26. | Odczynnik anty-D (RUM) | 12 ampułek |  |  |  |  |  |  |
| 27. | Standaryzowane krwinki wzorcowe do układu AB0 | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 28. | Zestaw min. 10 krwinek panelowych do testu enzymatycznego | Odpowiednio do ilości badań, uwzględniając termin ważności |  |  |  |  |  |  |
| 29. | Etykiety DYMO | Adekwatnie do ilości badań |  |  |  |  |  |  |
| 30. | Dzierżawa dwóch analizatorów wraz z systemem manualnym back-up , serwisem autorskim oprogramowania do zarządzania pracownią serologii i banku krwi oraz oprogramowaniem do identyfikacji przeciwciał | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 31. | Dzierżawa urządzenia do suchego rozmrażania osocza (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego) | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 32. | Dzierżawa wytrząsarki i inkubatora do płytek krwi (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego) | 36 |  |  |  |  |  |  |
| 33. | Dzierżawa przenośnej lodówki z monitoringiem temperatury (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego) | 36 |  |  |  |  |  |  |

**Tabela 2 do Pakietu nr 5- Warunki graniczne dla mikrometody immunohematologicznej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1 | **Grupa krwi na jednej karcie met. mikrokolumnową ( anty-A, anty-B oraz anty-D ) dwoma różnymi klonami,w tym jeden nie wykrywający kategorii DVI;izoaglutynin grupowych na krwinkach A1, B. Mikrokolumny wypełnione odczynnikami przez producenta. Podać nazwy klonów** | **TAK/NIE** |
| 2 | **1 karta do oznaczania grupy krwi (antygeny+ p/c )=1 grupa krwi pacjenta** | **TAK/NIE** |
| 3 | **Grupa krwi układu ABO z użyciem dwóch serii odczynników monoklonalnych anty-A, anty-B oraz anty-D z różnych klonów komórkowych do manualnego systemu back –up. Podać nazwy klonów** | **TAK/NIE** |
| 4 | **Badanie przeglądowe p/c pośrednim testem antyglobulinowym. Mikrokolumny wypełnione surowicą antyglobulinową poliwalentną przez producenta** | **TAK/NIE** |
| 5 | **Próba zgodności pomiędzy biorcą a dawcą krwi-pośredni test antyglobulinowy** | **TAK/NIE** |
| 6 | **Oznaczanie skróconych grup krwi i czynnika Rh pacjentów (anty-A,anty-B,anty DVI -) oraz dawców( anty-A,anty-B,anty DVI wykrywający kategorię DVI) zgodnie z obowiązującymi przepisami. Mikrokolumny wypełnione odczynnikami przez producenta. Podać nazwę klonów.** | **TAK/NIE** |
| 7 | **Bezpośredni test antyglobulinowy na jednej karcie w zakresie anty-IgA,anty-IgM,anty-IgG,anty-C3c i anty C3d.Obowiązuje zasada: 1 karta= 1 pacjent** | **TAK/NIE** |
| 8 | **Badanie przeglądowe p/c z surowicą monowalentną anty-IgG** | **TAK/NIE** |
| 9 | **Mikrokarty , składające się z 6 kolumn ,wypełnionych żelowym podłożem separującym, nieprzelewającym się** | **TAK/NIE** |
| 10 | **Surowice wzorcowe do oznaczeń antygenów grup krwi naniesione na kolumienki przez producenta** | **TAK/NIE** |
| 11 | **Krwinki wzorcowe do wykrywania p/c 0.8% gotowe do użycia oraz zawieszone w roztworze o niskiej sile jonowej, 3-panelowe zawierające wszystkie wymagane antygeny w tym Cw** | **TAK/NIE** |
| 12 | **Krwinki wzorcowe zaoferowane przez oferenta w ilości potrzebnej do wykonania zadeklarowanych rodzajów i ilości badań (zgodnie z ważnością przydatności)** | **TAK/NIE** |
| 13 | **Termin ważności oferowanych odczynników –min.9 mies. od daty dostawy, z wyjątkiem krwinek wzorcowych-5 tyg.od daty dostawy** | **TAK/NIE** |
| 14 | **Dostawa odczynników wg, dostarczonego harmonogramu, transportem monitorowanym pod wzgl. temperatury 2-8 st.C. Załącznik do oferty w postaci przykładowego wydruku monitoringu z ostatniego miesiąca przed złożeniem oferty** | **TAK/NIE** |
| 15 | **Oferowane karty, odczynniki i krwinki wzorcowe muszą być dopuszczone do obrotu na rynku polskim, opatrzone aktualnie obowiązującą deklaracją zgodności producenta i IVD** | **TAK/NIE** |
| 16 | **Każde opakowanie jednostkowe zawiera opis: nazwa, seria. termin ważności** | **TAK/NIE** |
| 17 | **W każdej dostawie i w każdej serii dołączona ulotka producenta, potwierdzająca skład I klonu i II klonu ( dwa różne klony)** | **TAK/NIE** |
| 18 | **Certyfikaty kontroli jakości dla każdego rodzaju i serii odczynników w każdej dostawie** | **TAK/NIE** |
| 19 | **Możliwość zamiany rodzajów kart w ramach umowy w zależności od potrzeb zamawiającego** | **TAK/NIE** |
| 20 | **Opis metodyki wszystkich testów w języku polskim załączony do oferty** | **TAK/NIE** |
| 21 | **Pozytywna opinia o testach mikrokolumnowych z Instytutu Hematologii i Transfuzjologii z Warszawy załączona do oferty** | **TAK/NIE** |
| 22 | **Metodyka pozwalająca na eliminowanie płukania krwinek czerwonych na każdym etapie procedury- zawiesina krwinek czerwonych w teście PTA-Liss poniżej 1 % , załączona do oferty** | **TAK/NIE** |
| 23 | **Oferowane produkty muszą zapewnić możliwość wykonania badania bez dodatkowych odczynników ( karty wypełnione odczynnikami monoklonalnymi)** | **TAK/NIE** |
| 24 | **Przechowywanie wszystkich kart – temp. pokojowa (18-25 st.C)** | **TAK/NIE** |
| 25 | **Zestaw do codziennej kontroli jakości i dopuszczenia do używania automatycznego analizatora dla wszystkich elementów systemu, zawierający zarówno p/c anty-D (0,05 IU/ml) jak i anty-Fya. Zgodnie z obowiązującymi przepisami** | **TAK/NIE** |
| 26 | **Zewnątrzlaboratoryjna międzynarodowa kontrola jakości w zakresie rozszerzonym- 1 raz w roku, potwierdzona certyfikatem** | **TAK/NIE** |
| 27 | **Wszystkie odczynniki muszą pochodzić od jednego producenta w celu zapewnienia prawidłowej walidacji metody** | **TAK/NIE** |
| 28 | **Termin ważności otwartych mikrokolumn na pokładzie analizatora min. 2 godziny** | **TAK/NIE** |
| 29 | **Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oferty przedstawiającej szczegółową specyfikację odczynników dodatkowych i innych materiałów zużywalnych niezbędnych do wykonania badań w ilościach określonych w załączniku cenowym** | **TAK/NIE** |
| 30 | **Zamawiający wymaga, aby celem zapewnienia kompatybilności wykonywanych badań, wszystkie mikrokarty, odczynniki krwinkowe oraz sprzęt do wykonywania badań pochodził od jednego wytwórcy. Wymóg o którym mowa w zdaniu poprzedzającym nie dotyczy sprzętu komputerowego, kontroli międzynarodowej i płynów eksploatacyjnych do analizatora.** | **TAK/NIE** |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Tabela 3 do Pakietu nr 5 - Warunki graniczne do analizatora immunohematologicznego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | **Parametry graniczne dla analizatora** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1. | Oferowany analizator podstawowy ma być urządzeniem w pełni automatycznym, dopuszcza się używany analizator, nie starszy niż 2018/2019 rok-**załączyć do oferty protokół z jego pierwszego uruchomienia u użytkownika**  Analizator dodatkowy- w pełni automatyczny, nie starszy niż 2013 rok.  **Oba analizatory zaopatrzone w UPS – podać nazwę/typ /producenta** | TAK/NIE |
| 2. | Analizator wykonujący całą procedurę badania od pobrania materiału z badanej próbki do przesłania wyniku do komputera w technice mikrotestów kolumnowych. Metoda oparta na aglutynacji krwinek czerwonych. Analizator przystosowany do pracy ciągłej 24 h/ dobę 7 dni w tygodniu bez potrzeby wyłączania | TAK/NIE |
| 3. | Analizatory wolnostojące lub analizatory dostarczone z przeznaczonymi pod nie mobilnymi stołami (dopuszczonym certyfikatem do pracy w medycznym laboratorium analitycznym o nośności dostosowanej do wagi kompletnego urządzenia). | TAK/NIE |
| 4. | Analizator z funkcją cito bez czasu oczekiwania na zakończenie aktualnie trwających procesów na pokładzie analizatora | TAK/NIE |
| 5. | System manualny back-up ( nie starszy niż 2021 r. pozostałe elementy back-up :inkubator, pipeta automatyczna do systemu, wirówka) pracujący na takich samych odczynnikach co oferowany analizator podstawowy i dodatkowy, z archiwizowaniem obrazów reakcji wykonanych manualnie w postaci kolorowych zdjęć (podłączony do LSI ). Dopuszcza się inne konfekcjonowanie odczynników. | TAK/NIE |
| 6. | Serwis dostępny 7 dni w tygodniu. Naprawa w ciągu 48 godz. Od zgłoszenia telefonicznego. Jeżeli nie to Oferent jest zobowiązany do wskazania innego wykonawcy badań. Koszt badań u innego wykonawcy nie może przekraczać cen zawartych w umowie przetargowej. Oferent pokrywa koszty transportu do zastępczego wykonawcy | TAK/NIE |
| 7. | Możliwość pracy na probówkach o średnicy 11-17 mm | TAK/NIE |
| 8. | Pozytywna identyfikacja badanych próbek i odczynników poprzez kody kreskowe , zawierające numer serii i datę ważności | TAK/NIE |
| 9. | Akceptacja różnych systemów kodów kreskowych- wykonawca dostarcza z aparatem czytnik kodów kreskowych | TAK/NIE |
| 10. | Aktywny monitoring załadowanych na pokład odczynników przez oprogramowanie analizatora. Analizator zgłasza stan alarmowy , jeśli ilość odczynników nie jest wystarczająca do wykonania zaplanowanych badań | TAK/NIE |
| 11. | Wymagany wbudowany system kontroli jakości dla poszczególnych modułów automatycznego analizatora ( **wirówki**: kontrola prędkości wirowania, **inkubatora:** temperatura inkubacji, **systemu pipetującego** :objętość pipetowania) oraz odczynników | TAK/NIE |
| 12. | Gwarancja przez cały czas trwania okresu umowy dzierżawy, obejmuje koszty napraw, wymiany podzespołów, okresowych przeglądów serwisowych oraz wszystkie części i akcesoria nie podane w ofercie, a także koszt dojazdu i pracy serwisu technicznego | TAK/NIE |
| 13. | Instalacja i uruchomienie analizatora oraz szkolenie personelu pracowni potwierdzone certyfikatem w zakresie obsługi analizatora w laboratorium zamawiającego – na koszt dostawcy | TAK/NIE |
| 14. | Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia wraz z urządzeniem instrukcji obsługi i metodyk wykonawczych testów w języku polskim oraz całości dokumentacji technicznej niezbędnej do prawidłowego i bezpiecznego korzystania z analizatora/urządzeń towarzyszących | TAK/NIE |
| 15. | Wydajność analizatora podstawowego min. 31 grup z badaniem p/c na godzinę, lub 75 screeningów p/c odpornościowych na godzinę. Wydajność analizatora dodatkowego min. 50 grup z badaniem przeciwciał na godzinę lub 100 screeningów przeciwciał odpornościowych na godzinę. | TAK/NIE |
| 16. | Aparat i oprogramowanie zarządzające analizatorem oznakowane aktualnie obowiązującą deklaracją zgodności producenta, analizator posiadający deklarację zgodności z wymaganiami Unii Europejskiej EC , dopuszczony do użytku w RP | TAK/NIE |
| 17. | Kompletna rejestracja czynności operatora, użytych próbek badanych i wykonanych testów | TAK/NIE |
| 18. | Automatyczny system kontroli niezgodności z wynikami w archiwum | TAK/NIE |
| 19. | Analizator z oprogramowaniem umożliwiającym rejestrację badań wykonanych manualnie | TAK/NIE |
| 20. | Archiwizacja wyników badań ( protokół badania i obraz bezpośredni mikrokolumny) | TAK/NIE |
| 21. | Funkcja automatycznego startu analizatorów ,natychmiastowe rozpoczęcie badania po włożeniu próbki do analizatora | TAK/NIE |
| 22. | Możliwość zdalnej diagnostyki systemu automatycznego analizatora | TAK/NIE |
| 23. | Możliwość wykonywania badań z min. objętości próbki ( gęstych krwinek ) wynoszącej 50 mikrolitrów | TAK/NIE |
| 24. | Automatyczne rozpoznawanie przez analizator skrzepów oraz zakorkowanych probówek, co wyklucza możliwość uszkodzenia lub złamania igły pobierającej | TAK/NIE |
| 25. | Możliwość ciągłego doładowywania próbek, odczynników, płynów eksploatacyjnych bez przerywania pracy analizatora | TAK/NIE |
| 26. | Wymiana igły pobierającej w analizatorze przez użytkownika bez konieczności wzywania serwisu technicznego- analizator wyposażony w automatyczną stację umożliwiającą autokalibrację igieł | TAK/NIE |
| 27. | Automatyczne usuwania zużytych kart przez analizator. Kosz na odpady na pokładzie analizatora | TAK/NIE |
| 28. | Analizator wyposażony w wirówkę/ki. Wirówka/ki zlokalizowane na pokładzie analizatora | TAK/NIE |
| 29. | Zabezpieczenie przed kontaminacją – analizator wykorzystujący jednorazowe mikroprobówki do zawieszania krwinek | TAK/NIE |
| 30. | Automatyczne wykonywanie kopii bezpieczeństwa przez analizator dla wszystkich wyników badań | TAK/NIE |
| 31. | Oprogramowanie zarządzające gospodarką krwi do Banku Krwi i pracowni immunohematologicznej z niezbędnym systemem komputerowym. Przeniesienie obecnej bazy danych wyników do nowo oferowanego oprogramowania na koszt Oferenta. Obecnie użytkowane oprogramowanie to Delphyn firmy Hemasoft | TAK/NIE |
| 32. | Dostawca pokrywa koszty podłączenia analizatorów do obustronnej komunikacji do oferowanego oprogramowania do pracowni immunohematologicznej i banku krwi oraz tego oprogramowania do istniejącego systemu laboratoryjnego informatycznego szpitala | TAK/NIE |
| 33. | Oprogramowanie do identyfikacji przeciwciał | TAK/NIE |
| 34. | Analizator dodatkowy musi posiadać w pełni automatyczny back-up w przypadku uszkodzenia/zatkania igły pipetującej ,tj. dwa ramiona pipetujące, min. dwie wirówki lub zapewnić drugi niezależny analizator o identycznych parametrach. | TAK/NIE |
| 35. | Analizator podstawowy posiadający magazyn na min. 164 mikrokarty na pokładzie. Analizator dodatkowy posiadający magazyn na min. 200 kart | TAK/NIE |
| 36. | Pojemność analizatora podstawowego i dodatkowego nie mniej niż 50 próbek każdy | TAK/NIE |
| 37. | System umieszczania prób badanych w analizatorze, ograniczający ryzyko kontaktu z potencjalnie zakaźnym materiałem badanym (ruchomy, możliwy do wyjęcia poza pokład analizatora, statyw do umieszczania probówek z materiałem badanym). | TAK/NIE |
| 38. | Przygotowanie roboczej zawiesiny krwinek czerwonych w jednorazowych probówkach. | TAK/NIE |
| 39. | Drukarka kodów kreskowych , szt. 2 | TAK/NIE |
| 40. | Czytnik kodów kreskowych szt. 2 | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**TABELA NR 4 DO PAKIETU NR 5 -** Dodatkowe warunki graniczne dla analizatora immunohematologicznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Dodatkowe** **warunki graniczne dla analizatora**  **immunohematologicznego** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1. | Wykonawca dostarczy urządzenie do suchego rozmrażania osocza. Bezpłatny serwis oraz okresowe przeglądy techniczne w okresie trwania umowy. | TAK/NIE |
| 2. | Wykonawca dostarczy urządzenie: wytrząsarka wraz z inkubatorem do przechowywania płytek krwi. Bezpłatny serwis oraz okresowe przeglądy techniczne w okresie trwania umowy. | TAK/NIE |
| 3. | Wykonawca dostarczy urządzenie: przenośna lodówka z monitoringiem temperatury. Bezpłatny serwis oraz okresowe przeglądy techniczne w okresie trwania umowy. | TAK/NIE |
| 4. | W okresie trwania umowy wykonawca wykona walidację 10 pipet laboratoryjnych | TAK/NIE |
| 5. | Urządzenie wielofunkcyjne – laserowe, kolorowe (kopiarka, drukarka, skaner) wraz z dostawą oryginalnych dla urządzenia materiałów eksploatacyjnych w postaci tonerów czarnych, tonerów kolorowych, tonerów optycznych oraz innych materiałów eksploatacyjnych w miarę ich zużywania. Bezpłatny serwis oraz okresowe przeglądy techniczne w okresie trwania umowy. | TAK/NIE |
| 6. | Wykonawca zapewni serwis autorski nad oprogramowaniem do obsługi pracowni immunologii transfuzjologicznej | TAK/NIE |
| 7. | Dostosowanie (zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego) oprogramowania do obsługi pracowni immunologii transfuzjologicznej do tworzenia raportów, statystyk na koszt Wykonawcy | TAK/NIE |
| 8. | Wykonawca dostarczy wyspecyfikowane w załączniku cenowym odczynniki monoklonalne w ilościach podanych przez Zamawiajacego | TAK/NIE |
| 9. | Wykonawca musi zagwarantować 2 szkolenia o tematyce immunotransfuzjologicznej w roku dla dwóch osób, zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR OCENIANY** | **OCENA** | **OFEROWANE** |
| 1. | Wszystkie oferowane rodzaje kart przechowywane w temperaturze pokojowej 18-25\*C | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 2. | Przechowywanie wszystkich odczynników krwinkowych w sposób ciągły na pokładzie analizatora podstawowego | 7 dni – 5 pkt  3 dni – 2 pkt  Poniżej 3 dni – 0 pkt |  |
| 3. | Interpretacja i archiwizacja wyników badań w postaci kolorowego obrazu bezpośredniego mikrokolumn (zdjęcie) z możliwością powiększania obrazu pojedynczych mikrokolumn | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 4. | Oprogramowanie analizatorów automatycznie monitoruje i kontroluje zgodność otrzymanych aktualnych wyników badań z wynikami archiwalnymi pacjenta na etapie badania przed zatwierdzeniem i wysłaniem do LIS/HIS | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 5. | Możliwość wykonania Bezpośredniego Testu Antyglobulinowego do oceny klinicznej - różnicowanie przeciwciał w zakresie IgG-IgA-IgM-C3c-C3d na jednej karcie | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |
| 6. | Automatyczne wykonywanie przez analizator zawiesin krwinek badanych w jednorazowych naczynkach lub bezpośrednio w pojedynczych studzienkach opakowania z porcjowanym oddzielnie odczynnikiem | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | PLN Netto | PLN Brutto |
| Wartość oferty  na 36 m-cy | Odczynniki |  |  |
| Materiały zużywalne |  |  |
| Koszt dzierżawy |  |  |
| Razem: | |  |  |

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 6 - Szczepy wzorcowe i fiolki z kulkami do przechowywania Szczepów wzorcowych w postaci zamrożenia**

**TABELA NR 1 DO PAKIETU NR 6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Szczepy wzorcowe/nazwa drobnoustroju** | **Numer szczepu** | **Ilość/opakowanie**  **na 36 m-cy** |
| 1 | **Enterobacter hormaechei** | **ATCC 700323** | 1 |
| 2 | **Stenotrophomonas maltophilia** | **ATCC 17666** | 1 |
| 3 | **Enterococcus casseliflavus** | **ATCC 700327** | 1 |
| 4 | **Staphylococcus saprophyticus** | **ATCC BAA-750** | 1 |
| 5 | **Candida albicans** | **ATCC 14053** | 1 |
| 6 | **Clostridium septicum** | **ATCC 12464** | 1 |
| 7 | **Bacteroides ovatus** | **ATCC BAA-1296** | 1 |
| 8 | **Eikenella corrodens** | **ATCC BAA-1152** | 1 |
| 9 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC 29213** | 1 |
| 10 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-1026** | 1 |
| 11 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-976** | 1 |
| 12 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-977** | 1 |
| 13 | **Staphylococcus aureus** | **NTCC 12493** | 1 |
| 14 | **Streptococcus pneumoniae** | **ATCC 49619** | 2 |
| 15 | **Haemophilus influenzae** | **ATCC 49766** | 1 |
| 16 | **Haemophilus influenzae** | **ATCC 49247** | 1 |
| 17 | **Candida parapsilosis** | **ATCC 22019** | 1 |
| 18 | **Candida krusei** | **ATCC 6258** | 1 |
| 19 | **Escherichia coli** | **NCTC13846** | 1 |
| 20 | **Fiolki z kulkami do przechowywania szczepów w stanie zamrożenia** |  | **Ilość /sztuki 36 m-cy**  320 szt. |

**TABELA NR 2 DO PAKIETU NR 6**

**PARAMETRY GRANICZNE DLA SZCZEPÓW WZORCOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie**  **spełnienia**  **wymogów** |
| 1. | Szczepy przeznaczone do wewnętrznej kontroli jakości w laboratorium  mikrobiologicznym | TAK/NIE |
| 2. | Szczepy pochodzą maksymalnie z III pasażu | TAK/NIE |
| 3. | Liofilizat szczepu wraz z wymazówką w zestawie | TAK/NIE |
| 4. | Wymagane załączenie do szczepów wzorcowych Certyfikatów Kontroli Jakości (dane dotyczące tożsamości i pochodzenia szczepu wraz z liczbą pasaży). Wymagana instrukcja postępowania ze szczepami (przechowywanie, namnażanie) | TAK/NIE |
| 5. | Termin ważności szczepów: min.18 miesięcy od daty dostarczenia zamawiającemu | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**TABELA NR 3 DO PAKIETU NR 6**

**PARAMETRY GRANICZNE DLA FIOLEK Z KULKAMI DO PRZECHOWYWANIA SZCZEPÓW WZORCOWYCH W POSTACI ZAMROŻENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L. p** | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1. | Zestaw przeznaczony do zamrażania i rekultywacji zamrożonych szczepów | TAK/NIE |
| 2. | Sterylne fiolki zamykane kolorowymi korkami (mix kilku kolorów) | TAK/NIE |
| 3. | Liczba fiolek w opakowaniu – nie więcej niż 80 sztuk | TAK/NIE |
| 4. | Temperatura przechowywania zaszczepionych fiolek : od -20 °C do – 80°C | TAK/NIE |
| 5. | Wymagana instrukcja z procedurą postępowania (zamrażania i ożywiania  mikroorganizmów) | TAK/NIE |
| 6. | Do każdej dostawy wymagane dołączenie Certyfikatu Kontroli Jakości | TAK/NIE |
| 7. | Termin ważności- min.12 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Karty charakterystyki, Certyfikaty Kontroli Jakości Oferent dostarczy w terminie 3 dni na prośbę Zamawiającego lub udostępni adres strony internetowej na której się znajdują.

**Załącznik do pakietu nr 6**

**Szczepy wzorcowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Szczepy wzorcowe/nazwa drobnoustroju** | **Numer szczepu** | **Ilość opak.**  **/36 m-cy** | **Numer katalogowy, nazwa handlowa** | **Cena opak.**  **netto** | **Cena opak.**  **brutto** | **VAT%**  **stawka** | **Wartość**  **netto** | **Wartość**  **brutto** |
| 1 | **Enterobacter hormaechei** | **ATCC 700323** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Stenotrophomonas maltophilia** | **ATCC17666** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Enterococcus casseliflavus** | **ATCC 700327** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Staphylococcus saprophyticus** | **ATCC BAA-750** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Candida albicans** | **ATCC 14053** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **Clostridium septicum** | **ATCC 12464** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **Bacteroides ovatus** | **ATCC BAA-1296** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **Eikenella corrodens** | **ATCC BAA-1152** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC 29213** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-1026** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-976** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **Staphylococcus aureus** | **ATCC BAA-977** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 13 | **Staphylococcus aureus** | **NTCC 12493** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 14 | **Streptococcus pneumoniae** | **ATCC 49619** | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 15 | **Haemophilus influenzae** | **ATCC 49766** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 16 | **Haemophilus influenzae** | **ATCC 49247** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 17 | **Candida parapsilosis** | **ATCC 22019** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 18 | **Candida krusei** | **ATCC 6258** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 19 | **Escherichia coli** | **NCTC13846** | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 20 | **Fiolki z kulkami do przechowywania szczepów w stanie zamrożenia** |  | Ilość sztuk/  36 m-cy  320 szt. |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem wartość / 36 m-cy** | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **PLN netto** | **PLN brutto** |
| **Wartość oferty/ na 36 m-cy** | **Szczepy wzorcowe** |  |  |
| **Fiolki z kulkami do przechowywania szczepów** |  |  |
| Razem: | |  |  |

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

**PAKIET NR 7 - Paski z naniesionym gradientem stężenia antybiotyku do określania wartości MIC , krążki z antybiotykami do oznaczania lekowrażliwości metodą dyfuzyjno - krążkową ,płytki do określania wartości MIC kolistyny, test CARBA NP do wykrywania karbapenemaz**

**Paski z naniesionym gradientem stężenia antybiotyku, płytki do określania wartości MIC kolistyny, test CARBA NP do wykrywania karbapenemaz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa oznaczenia/testu** | **Paski z gradientem stężenia antybiotyku, zgodnie z poniższym asortymentem, łączna ilość (sztuki)/36 m-cy:**  **3000** |
| 1 | **Amikacin** |  |
| 2 | **Amoxicillin/clavulanic acid(2:1)** |  |
| 3 | **Ampicillin** |  |
| 4 | **Ampicillin/sulbactam(2:1)** |  |
| 5 | **Aztreonam** |  |
| 6 | **Cefepim** |  |
| 7 | **Cefotaxim** |  |
| 8 | **Ceftarolin** |  |
| 9 | **Ceftazidim** |  |
| 10 | **Ceftriaxon** |  |
| 11 | **Cefuroxim** |  |
| 12 | **Ciprofloxacin** |  |
| 13 | **Clindamycin** |  |
| 14 | **Dalbavancin** |  |
| 15 | **Ertapenem** |  |
| 16 | **Fosfomycin (z glukozo-6-fosforanem)** |  |
| 17 | **Gentamycin** |  |
| 18 | **Imipenem** |  |
| 19 | **Linezolid** |  |
| 20 | **Meropenem** |  |
| 21 | **Meropenem/vaborbactam** |  |
| 22 | **Metronidazol** |  |
| 23 | **Moxifloxacin** |  |
| 24 | **Penicillin G** |  |
| 25 | **Piperacillin** |  |
| 26 | **Piperacillin-tazobactam 4 µg/ml** |  |
| 27 | **Teicoplanin** |  |
| 28 | **Tetracyclin** |  |
| 29 | **Ticarcillin-clavulanic acid 2 µg/ml** |  |
| 30 | **Tigecyclin** |  |
| 31 | **Trimetoprim-sulfamethoxazol(1:19)** |  |
| 32 | **Vancomycin** |  |
| 33 | **Colistin: płytka do oznaczania MIC metodą mikrorozcieńczeń w bulionie** | **Ilość testów - 336** |
| 34 | **Test CARBA NP do wykrywania karbapenemaz** | **Ilość testów - 30** |

**PARAMETRY GRANICZNE DLA: PASKÓW Z NANIESIONYM GRADIENTEM STĘŻENIA ANTYBIOTYKU DO OKREŚLANIA WARTOŚCI MIC,PŁYTEK DO OKREŚLANIA WARTOŚCI MIC KOLISTYNY, TESTU CARBA NP DO WYKRYWANIA KARBAPENEMAZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów** |
| 1 | Gradient stężenia antybiotyku naniesiony na nośnik bibułowy | TAK/NIE |
| 2 | Termin ważności: minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu | TAK/NIE |
| 3 | Warunki przechowywania: zakres temperatur: od -200C do +80C; oznaczone na opakowaniu | TAK/NIE |
| 4 | Paski z naniesionym gradientem stężenia antybiotyku pakowane pojedynczo i/lub w blistrach. Ilość pasków w opakowaniu zbiorczym:10-30 sztuk | TAK/NIE |
| 5 | Każdy pasek posiada nadrukowany międzynarodowy skrót nazwy antybiotyku oraz wartość stężenia ,zgodnie z zaleceniami EUCAST | TAK/NIE |
| 6 | Certyfikat Kontroli Jakości dla każdej serii odczynników | TAK/NIE |
| 7 | Instrukcje wykonania testu/oznaczenia dostępne w języku polskim | TAK/NIE |
| 8 | Paski do określania wartości MIC dla antybiotyków - od jednego Producenta | TAK/NIE |
| 9 | Wymagana pozytywna opinia Krajowego Ośrodka ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów dotycząca pasków do określania wartości MIC (dołączyć opinię) | TAK/NIE |
| 10 | Pozycja 33-Colistin  W opakowaniu zbiorczym nie więcej niż 50 oznaczeń mikrorozcieńczeniowych. Zakres stężeń: 0,25-16 mg/l .Płytka zawiera studzienkę kontroli wzrostu dla każdego oznaczenia. Zestaw kompletny wraz z bulionem Mueller Hinton II. Zgodność z rekomendacjami EUCAST | TAK/NIE |
| 11 | Pozycja 34- test Carba NP  Wykrywanie karbapenemaz klasy A,B,D u Enterobacterales i Pseudomonas spp.  Wynik dodatni:30min-2godz.Czułość-nie mniej niż 97%,specyficzność 100%.  Termin ważności: minimum 12 miesięcy od daty dostarczenia Zamawiającemu | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Krążki z antybiotykami do oznaczania lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krążkową**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa oznaczenia/testu** | **Ilość fiolek(fiolka 50 krążków)/**  **36 m-cy** |
|  | **Krążki z antybiotykami według poniższego asortymentu** | **125** |
| 1 | **Amikacin** | **30 µg** |
| 2 | **Amoxicillin/clavulanic acid** | **20 µg +10 µg** |
| 3 | **Amoxicillin/clavulanic acid** | **2 µg +1 µg** |
| 4 | **Ampicillin** | **2 µg** |
| 5 | **Ampicillin** | **10 µg** |
| 6 | **Ampicillin/sulbactam** | **10 µg +10 µg** |
| 7 | **Azithromycin** | **15 µg** |
| 8 | **Aztreonam** | **30 µg** |
| 9 | **Cefalexin** | **30 µg** |
| 10 | **Cefazolin** | **30 µg** |
| 11 | **Cefepim** | **30 µg** |
| 12 | **Cefotaxim** | **5 µg** |
| 13 | **Cefotaxim** | **30µg** |
| 14 | **Cefoxitin** | **30 µg** |
| 15 | **Cefpodoxim** | **10 µg** |
| 16 | **Ceftarolin** | **5 µg** |
| 17 | **Ceftazidim** | **10 µg** |
| 18 | **Ceftazidim** | **30 µg** |
| 19 | **Ceftriaxon** | **30 µg** |
| 20 | **Cefuroxim** | **30 µg** |
| 21 | **Chloramphenicol** | **30 µg** |
| 22 | **Ciprofloxacin** | **5 µg** |
| 23 | **Clindamycin** | **2 µg** |
| 24 | **Doxycyclin** | **30 µg** |
| 25 | **Ertapenem** | **10 µg** |
| 26 | **Erythromycin** | **10 µg** |
| 27 | **Fosfomycin** | **200 µg** |
| 28 | **Gentamicin** | **10 µg** |
| 29 | **Gentamicin** | **30 µg** |
| 30 | **Imipenem** | **10 µg** |
| 31 | **Levofloxacin** | **5 µg** |
| 32 | **Linezolid** | **10 µg** |
| 33 | **Meropenem** | **10 µg** |
| 34 | **Moxifloxacin** | **5 µg** |
| 35 | **Mupirocin** | **200 µg** |
| 36 | **Nalidixic acid** | **30 µg** |
| 37 | **Netilmicin** | **10 µg** |
| 38 | **Nitrofurantoin** | **100µg** |
| 39 | **Norfloxacin** | **10 µg** |
| 40 | **Oxacillin** | **1 µg** |
| 41 | **Pefloxacin** | **5 µg** |
| 42 | **Penicillin** | **1UI** |
| 43 | **Piperacillin** | **30 µg** |
| 44 | **Piperacillin/tazobactam** | **30 µg+6 µg** |
| 45 | **Rifampicin** | **5 µg** |
| 46 | **Streptomycin** | **300 µg** |
| 47 | **Teicoplanin** | **30 µg** |
| 48 | **Tetracyclin** | **30 µg** |
| 49 | **Ticarcillin** | **75 µg** |
| 50 | **Ticarcillin/clavulanid acid** | **75 µg+10 µg** |
| 51 | **Tigecyclin** | **15 µg** |
| 52 | **Tobramycin** | **10 µg** |
| 53 | **Trimetoprim/sulfamethoxazol** | **1,25+23,75 µg** |
| 54 | **Vancomycin** | **5 µg** |
| 55 | **Czyste krążki bibułowe** |  |
| 56 | **Krążki z nitrocefiną (cefinaza)** | **150 sztuk** |

**PARAMETRY GRANICZNE DLA KRĄŻKÓW** **Z ANTYBIOTYKAMI DO OZNACZANIA**

**LEKOWRAŻLIWOŚCI METODĄ DYFUZYJNO-KRĄŻKOWĄ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **Parametry graniczne** | **Potwierdzenie**  **spełnienia**  **wymogów** |
| 1 | Krążki bibułowe z antybiotykami oraz czyste krążki bibułowe - średnica 6 mm | TAK/NIE |
| 2 | Konfekcjonowanie krążków: pakowane w fiolki po 50 szt | TAK/NIE |
| 3 | Każda fiolka z krążkami umieszczona w indywidualnym opakowaniu zewnętrznym,  zaopatrzonym w pochłaniacz wilgoci | TAK/NIE |
| 4 | Na każdym krążku wymagany nadruk(obustronnie) z międzynarodowym skrótem  nazwy antybiotyku(symbol) i stężenie w mikrogramach, zgodnie z zaleceniami  EUCAST | TAK/NIE |
| 5 | Na każdej fiolce umieszczona etykieta z informacją: nazwa Producenta, nazwa  antybiotyku wraz z jego symbolem, stężenie antybiotyku w mikrogramach, data  ważności, nr serii, temperatura przechowywania, oznaczenie: CE, IVD | TAK/NIE |
| 6 | Wymagane jednakowe warunki przechowywania wszystkich fiolek z krążkami  (z uwzględnieniem antybiotyków β- laktamowych)– temperatura: od -20 do +8°C | TAK/NIE |
| 7 | Wymagana pozytywna opinia Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds.  Lekowrażliwości Drobnoustrojów (KORLD) dla wszystkich krążków-załączyć do  oferty | TAK/NIE |
| 8 | Termin ważności: nie krótszy niż 12 miesięcy od daty dostarczania Zamawiającemu | TAK/NIE |
| 9 | Możliwość zakupu pojedynczej fiolki z danym antybiotykiem (50szt) | TAK/NIE |
| 10 | Przy każdej serii zamawianych krążków wymagany Certyfikat Kontroli Jakości  zawierający: nazwę Producenta i asortymentu, nr serii, datę ważności oraz datę  produkcji krążków, kontrolę wysycenia antybiotykiem przeprowadzoną z  zastosowaniem szczepów wzorcowych z kolekcji ATCC wyszczególnionych w  załączonym certyfikacie | TAK/NIE |
| 11 | Stężenie antybiotyku w krążku zgodnie z normą DIN lub równoważną.  Wymagany dokument Producenta krążków antybiotykowych dotyczący kryteriów  akceptacji zakresów stężenia antybiotyku w krążku wg normy DIN lub  równoważnej | TAK/NIE |

**UWAGA:** Należy zaznaczyć „TAK” lub „NIE” w zależności od tego, czy oferta spełnia wskazany parametr. Parametry określone jako „TAK” są parametrami granicznymi wymaganymi przez Zamawiającego, oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Karty charakterystyki, Certyfikaty Kontroli Jakości Oferent dostarczy w terminie 3 dni na prośbę Zamawiającego lub udostępni adres strony internetowej na której się znajdują.

**Załącznik do pakietu nr 7**

**Testy do oznaczania lekowrażliwości: paski z naniesionym gradientem stężenia antybiotyku do określania wartości MIC, płytki do określania MIC kolistyny, test CARBA NP do wykrywania karbapenemaz, krążki z antybiotykami do oznacznia lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krążkową**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa oznaczenia/testu** | **Ilość sztuk/fiolek**  **36 m-cy** | **Ilość**  **opakowań** | **Numer katalogowy, nazwa handlowa** | **Cena opak.**  **netto** | **Cena opak.**  **brutto** | **VAT%**  **stawka** | **Wart. netto** | **Wart. brutto** |
| 1. | Paski z naniesionym gradientem stężenia antybiotyku do określania wartości MIC bakterii  *zgodnie z asortymentem-tabela* | **3000 sztuk** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Płytki do określania MIC kolistyny | **336 sztuk** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Test CARBA NP do wykrywania karbapenemaz | **30 sztuk** |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Krążki z antybiotykami do oznacznia lekowrażliwości metodą dyfuzyjno-krążkową  *zgodnie z asortymentem- tabela* | **125 fiolek** |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Krążki z nitrocefiną (cefinaza) | **150 sztuk** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem wartość / 36 m-cy** | | | | | |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **PLN netto** | **PLN brutto** |
| **Wartość oferty/ na 36 m-cy** | **Testy** |  |  |
| Razem: | |  |  |

**Oferta nie zawierająca podanego numeru katalogowego oferowanych odczynników/zestawów oraz nazwy handlowej będzie odrzucona z postepowania przetargowego.**

*Załącznik nr 2 do SWZ*

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

( Wykonawca) (Data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie przetargu nieograniczonego **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

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

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

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

REGON: ............................ NIP: ................................ WOJEWÓDZTWO: .........................................

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................................

Numer telefonu …………………....... e-mail ....................................................................... (do zamówień składanych przez Zamawiajacego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działaność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

1) **proszę wskazać właściwe**

4. **OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr ... do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. **OŚWIADCZAMY**, że oferta sporządzona została z uwzględnieniem wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz minimalnej stawki godzinowej w 2023 r., określonych rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz. U. 2022 poz. 1952)

6. Oferujemy dostawę towaru o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z formularzem cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

**dla pakietu nr 1**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**dla pakietu nr 2**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**dla pakietu nr 3**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**dla pakietu nr 4**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**dla pakietu nr 5**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy ……. **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**Uwaga :** **W zakresie pakietu nr 5 podać kwotę miesięcznej dzierżawy wszystkich urządzeń.**

W tym miesięczny koszt dzierżawy dla:

- dwóch analizatorów wraz z systemem manualnym back-up , serwisem autorskim oprogramowania do zarządzania pracownią serologii i banku krwi oraz oprogramowaniem do identyfikacji przeciwciał

„netto” ............................................., „brutto” .............................................

- Dzierżawa urządzenia do suchego rozmrażania osocza (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego)

„netto” ............................................., „brutto” .............................................

- Dzierżawa wytrząsarki i inkubatora do płytek krwi (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego)

„netto” ............................................., „brutto” .............................................

- Dzierżawa przenośnej lodówki z monitoringiem temperatury (po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność Zamawiającego)

„netto” ............................................., „brutto” .............................................

**Gwarantujemy :**

- Wszystkie oferowane rodzaje kart przechowywane w temperaturze pokojowej 18-25\*C - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

- Przechowywanie wszystkich odczynników krwinkowych w sposób ciągły na pokładzie analizatora podstawowego – **ilość dni ………**

- Interpretacja i archiwizacja wyników badań w postaci kolorowego obrazu bezpośredniego mikrokolumn (zdjęcie) z możliwością powiększania obrazu pojedynczych mikrokolumn - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

- Oprogramowanie analizatorów automatycznie monitoruje i kontroluje zgodność otrzymanych aktualnych wyników badań z wynikami archiwalnymi pacjenta na etapie badania przed zatwierdzeniem i wysłaniem do LIS/HIS - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

**-** Możliwość wykonania Bezpośredniego Testu Antyglobulinowego do oceny klinicznej - różnicowanie przeciwciał w zakresie IgG-IgA-IgM-C3c-C3d na jednej karcie- **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

**-** Automatyczne wykonywanie przez analizator zawiesin krwinek badanych w jednorazowych naczynkach lub bezpośrednio w pojedynczych studzienkach opakowania z porcjowanym oddzielnie odczynnikiem - **TAK/NIE (zaznaczyć odpowiednie)**

**dla pakietu nr 6**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

**dla pakietu nr 7**

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Gwarantujemy **…….** **dniowy** termin dostawy przedmiotu zamówienia dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia\*

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

(*rozszerzyć zgodnie z wymaganiami*)

................................................................. (podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EUR.***

*\* maksymalny termin dostawy dla zamówień bieżących liczony od momentu złożenia zamówienia 5 dni.*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia**

**Część I: Informacje dotyczące postępowania o udzielenie zamówienia oraz instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

***W przypadku postępowań o udzielenie zamówienia, w ramach których zaproszenie do ubiegania się o zamówienie opublikowano w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej, informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że do utworzenia i wypełnienia jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia wykorzystany zostanie elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia[[1]](#footnote-1).*Adres publikacyjny stosownego ogłoszenia*[[2]](#footnote-2)* w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej:**

**Dz.U. UE S numer[], data[], strona [],**

**Numer ogłoszenia w Dz.U. S:**

**Jeżeli nie opublikowano zaproszenia do ubiegania się o zamówienie w Dz.U., instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający muszą wypełnić informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia:**

**W przypadku gdy publikacja ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej nie jest wymagana, proszę podać inne informacje umożliwiające jednoznaczne zidentyfikowanie postępowania o udzielenie zamówienia (np. adres publikacyjny na poziomie krajowym): [….]**

**Informacje na temat postępowania o udzielenie zamówienia**

**Informacje wymagane w części I zostaną automatycznie wyszukane, pod warunkiem że wyżej wymieniony elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia zostanie wykorzystany do utworzenia i wypełnienia tego dokumentu. W przeciwnym przypadku informacje te musi wypełnić wykonawca.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tożsamość zamawiającego*[[3]](#footnote-3)*** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego** |
| ***Jakiego zamówienia dotyczy niniejszy dokument?*** | ***Odpowiedź:*** |
| Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia[[4]](#footnote-4): | **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.”** |
| Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający (*jeżeli dotyczy*)[[5]](#footnote-5): | **Zp/84/PN/22** |

**Wszystkie pozostałe informacje we wszystkich sekcjach jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia powinien wypełnić wykonawca*.***

**Część II: Informacje dotyczące wykonawcy**

**A: Informacje na temat wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identyfikacja:** | **Odpowiedź:** |
| Nazwa: | [ ] |
| Numer VAT, jeżeli dotyczy:  Jeżeli numer VAT nie ma zastosowania, proszę podać inny krajowy numer identyfikacyjny, jeżeli jest wymagany i ma zastosowanie. | [ ]  [ ] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów[[6]](#footnote-6):  Telefon:  Adres e-mail:  Adres internetowy (adres www) (*jeżeli dotyczy*): | [……]  [……]  [……]  [……] |
| **Informacje ogólne:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem[[7]](#footnote-7)? | [] Tak [] Nie |
| **Jedynie w przypadku gdy zamówienie jest zastrzeżone[[8]](#footnote-8):**czy wykonawca jest zakładem pracy chronionej, „przedsiębiorstwem społecznym”[[9]](#footnote-9) lub czy będzie realizował zamówienie w ramach programów zatrudnienia chronionego? **Jeżeli tak,** jaki jest odpowiedni odsetek pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych? Jeżeli jest to wymagane, proszę określić, do której kategorii lub których kategorii pracowników niepełnosprawnych lub defaworyzowanych należą dani pracownicy. | [] Tak [] Nie      […]   [….] |
| Jeżeli dotyczy, czy wykonawca jest wpisany do urzędowego wykazu zatwierdzonych wykonawców lub posiada równoważne zaświadczenie (np. w ramach krajowego systemu (wstępnego) kwalifikowania)? | [] Tak [] Nie [] Nie dotyczy |
| **Jeżeli tak**:  **Proszę udzielić odpowiedzi w pozostałych fragmentach niniejszej sekcji, w sekcji B i, w odpowiednich przypadkach, sekcji C niniejszej części, uzupełnić część V (w stosownych przypadkach) oraz w każdym przypadku wypełnić i podpisać część VI.**  a) Proszę podać nazwę wykazu lub zaświadczenia i odpowiedni numer rejestracyjny lub numer zaświadczenia, jeżeli dotyczy: b) Jeżeli poświadczenie wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia jest dostępne w formie elektronicznej, proszę podać:  c) Proszę podać dane referencyjne stanowiące podstawę wpisu do wykazu lub wydania zaświadczenia oraz, w stosownych przypadkach, klasyfikację nadaną w urzędowym wykazie[[10]](#footnote-10): d) Czy wpis do wykazu lub wydane zaświadczenie obejmują wszystkie wymagane kryteria kwalifikacji? **Jeżeli nie:** **Proszę dodatkowo uzupełnić brakujące informacje w części IV w sekcjach A, B, C lub D, w zależności od przypadku.** **WYŁĄCZNIE jeżeli jest to wymagane w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia:**e) Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić zaświadczenie odnoszące się do płatności składek na ubezpieczenie społeczne i podatków lub przedstawić informacje, które umożliwią instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu uzyskanie tego zaświadczenia bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim? Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | a) [……]  b) (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] c) [……]    d) [] Tak [] Nie          e) [] Tak [] Nie         (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……] |
| **Rodzaj uczestnictwa:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca bierze udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia wspólnie z innymi wykonawcami[[11]](#footnote-11)? | [] Tak [] Nie |
| Jeżeli tak, proszę dopilnować, aby pozostali uczestnicy przedstawili odrębne jednolite europejskie dokumenty zamówienia. | |
| **Jeżeli tak**: a) Proszę wskazać rolę wykonawcy w grupie (lider, odpowiedzialny za określone zadania itd.): b) Proszę wskazać pozostałych wykonawców biorących wspólnie udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia: c) W stosownych przypadkach nazwa grupy biorącej udział: | a): [……]   b): [……]   c): [……] |
| **Części** | **Odpowiedź:** |
| W stosownych przypadkach wskazanie części zamówienia, w odniesieniu do której (których) wykonawca zamierza złożyć ofertę. | [ ] |

**B: Informacje na temat przedstawicieli wykonawcy**

*W stosownych przypadkach proszę podać imię i nazwisko (imiona i nazwiska) oraz adres(-y) osoby (osób) upoważnionej(-ych) do reprezentowania wykonawcy na potrzeby niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoby upoważnione do reprezentowania, o ile istnieją:** | **Odpowiedź:** |
| Imię i nazwisko,  wraz z datą i miejscem urodzenia, jeżeli są wymagane: | [……], [……] |
| Stanowisko/Działający(-a) jako: | [……] |
| Adres pocztowy: | [……] |
| Telefon: | [……] |
| Adres e-mail: | [……] |
| W razie potrzeby proszę podać szczegółowe informacje dotyczące przedstawicielstwa (jego form, zakresu, celu itd.): | [……] |

**C: Informacje na temat polegania na zdolności innych podmiotów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zależność od innych podmiotów:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca polega na zdolności innych podmiotów w celu spełnienia kryteriów kwalifikacji określonych poniżej w części IV oraz (ewentualnych) kryteriów i zasad określonych poniżej w części V? | [] Tak [] Nie |

**Jeżeli tak**, proszę przedstawić – **dla każdego** z podmiotów, których to dotyczy – odrębny formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia zawierający informacje wymagane w **niniejszej części sekcja A i B oraz w części III**, należycie wypełniony i podpisany przez dane podmioty.   
Należy zauważyć, że dotyczy to również wszystkich pracowników technicznych lub służb technicznych, nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości, a w przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane – tych, do których wykonawca będzie mógł się zwrócić o wykonanie robót budowlanych.   
O ile ma to znaczenie dla określonych zdolności, na których polega wykonawca, proszę dołączyć – dla każdego z podmiotów, których to dotyczy – informacje wymagane w częściach IV i V[[12]](#footnote-12).

**D: Informacje dotyczące podwykonawców, na których zdolności wykonawca nie polega**

**(Sekcja, którą należy wypełnić jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wprost tego zażąda.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podwykonawstwo:** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca zamierza zlecić osobom trzecim podwykonawstwo jakiejkolwiek części zamówienia? | [] Tak [] Nie Jeżeli **tak i o ile jest to wiadome**, proszę podać wykaz proponowanych podwykonawców:  […] |

**Jeżeli instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wyraźnie żąda przedstawienia tych informacji** oprócz informacji **wymaganych w niniejszej sekcji, proszę przedstawić – dla każdego podwykonawcy (każdej kategorii podwykonawców), których to dotyczy – informacje wymagane w niniejszej części sekcja A i B oraz w części III.**

**Część III: Podstawy wykluczenia**

**A: Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo**

W art. 57 ust. 1 dyrektywy 2014/24/UE określono następujące powody wykluczenia:

udział w **organizacji przestępczej[[13]](#footnote-13)**;

**korupcja[[14]](#footnote-14)**;

**nadużycie finansowe****[[15]](#footnote-15)**;

**przestępstwa terrorystyczne lub przestępstwa związane z działalnością terrorystyczną****[[16]](#footnote-16)**

**pranie pieniędzy lub finansowanie terroryzmu[[17]](#footnote-17)**

**praca dzieci** i inne formy **handlu ludźmi[[18]](#footnote-18)**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy związane z wyrokami skazującymi za przestępstwo na podstawie przepisów krajowych stanowiących wdrożenie podstaw określonych w art. 57 ust. 1 wspomnianej dyrektywy:** | **Odpowiedź:** |
| Czy w stosunku do **samego wykonawcy** bądź **jakiejkolwiek** osoby będącej członkiem organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych wykonawcy, lub posiadającej w przedsiębiorstwie wykonawcy uprawnienia do reprezentowania, uprawnienia decyzyjne lub kontrolne, **wydany został prawomocny wyrok** z jednego z wyżej wymienionych powodów, orzeczeniem sprzed najwyżej pięciu lat lub w którym okres wykluczenia określony bezpośrednio w wyroku nadal obowiązuje? | [] Tak [] Nie  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[19]](#footnote-19) |
| **Jeżeli tak**, proszę podać[[20]](#footnote-20): a) datę wyroku, określić, których spośród punktów 1–6 on dotyczy, oraz podać powód(-ody) skazania; b) wskazać, kto został skazany [ ]; **c) w zakresie, w jakim zostało to bezpośrednio ustalone w wyroku:** | a) data: [ ], punkt(-y): [ ], powód(-ody): [ ]   b) [……] c) długość okresu wykluczenia [……] oraz punkt(-y), którego(-ych) to dotyczy.  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][……][[21]](#footnote-21) |
| W przypadku skazania, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia[[22]](#footnote-22) („**samooczyszczenie”)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki[[23]](#footnote-23): | [……] |

**B: Podstawy związane z płatnością podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Płatność podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne:** | **Odpowiedź:** | |
| Czy wykonawca wywiązał się ze wszystkich **obowiązków dotyczących płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne**, zarówno w państwie, w którym ma siedzibę, jak i w państwie członkowskim instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego, jeżeli jest ono inne niż państwo siedziby? | [] Tak [] Nie | |
| **Jeżeli nie**, proszę wskazać: a) państwo lub państwo członkowskie, którego to dotyczy; b) jakiej kwoty to dotyczy? c) w jaki sposób zostało ustalone to naruszenie obowiązków: 1) w trybie **decyzji** sądowej lub administracyjnej:  Czy ta decyzja jest ostateczna i wiążąca?  Proszę podać datę wyroku lub decyzji.  W przypadku wyroku, **o ile została w nim bezpośrednio określona**, długość okresu wykluczenia:  2) w **inny sposób**? Proszę sprecyzować, w jaki:  d) Czy wykonawca spełnił lub spełni swoje obowiązki, dokonując płatności należnych podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lub też zawierając wiążące porozumienia w celu spłaty tych należności, obejmujące w stosownych przypadkach narosłe odsetki lub grzywny? | **Podatki** | **Składki na ubezpieczenia społeczne** |
| a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie  [……]  [……]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] | a) [……]  b) [……]   c1) [] Tak [] Nie  [] Tak [] Nie  [……]  [……]  c2) [ …]  d) [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: [……] |
| Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca płatności podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji):[[24]](#footnote-24) [……][……][……] | |

**C: Podstawy związane z niewypłacalnością, konfliktem interesów lub wykroczeniami zawodowymi[[25]](#footnote-25)**

**Należy zauważyć, że do celów niniejszego zamówienia niektóre z poniższych podstaw wykluczenia mogą być zdefiniowane bardziej precyzyjnie w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia. Tak więc prawo krajowe może na przykład stanowić, że pojęcie „poważnego wykroczenia zawodowego” może obejmować kilka różnych postaci zachowania stanowiącego wykroczenie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące ewentualnej niewypłacalności, konfliktu interesów lub wykroczeń zawodowych** | **Odpowiedź:** |
| Czy wykonawca, **wedle własnej wiedzy**, naruszył **swoje obowiązki** w dziedzinie **prawa środowiska, prawa socjalnego i prawa pracy[[26]](#footnote-26)**? | [] Tak [] Nie |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu wykazania swojej rzetelności pomimo istnienia odpowiedniej podstawy wykluczenia („samooczyszczenie”)? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca znajduje się w jednej z następujących sytuacji: a) **zbankrutował**; lub b) **prowadzone jest wobec niego postępowanie upadłościowe** lub likwidacyjne; lub c) zawarł **układ z wierzycielami**; lub d) znajduje się w innej tego rodzaju sytuacji wynikającej z podobnej procedury przewidzianej w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych[[27]](#footnote-27); lub e) jego aktywami zarządza likwidator lub sąd; lub f) jego działalność gospodarcza jest zawieszona? **Jeżeli tak:**  Proszę podać szczegółowe informacje:  Proszę podać powody, które pomimo powyższej sytuacji umożliwiają realizację zamówienia, z uwzględnieniem mających zastosowanie przepisów krajowych i środków dotyczących kontynuowania działalności gospodarczej[[28]](#footnote-28).  Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie  [……]  [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……] |
| Czy wykonawca jest winien **poważnego wykroczenia zawodowego[[29]](#footnote-29)**?  Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy  [……] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca** zawarł z innymi wykonawcami **porozumienia mające na celu zakłócenie konkurencji**? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie   […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| **Czy wykonawca wie o jakimkolwiek konflikcie interesów[[30]](#footnote-30)** spowodowanym jego udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy  […] |
| **Czy wykonawca lub** przedsiębiorstwo związane z wykonawcą **doradzał(-o)** instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu bądź był(-o) w inny sposób **zaangażowany(-e) w przygotowanie** postępowania o udzielenie zamówienia? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | [] Tak [] Nie    […] |
| Czy wykonawca znajdował się w sytuacji, w której wcześniejsza umowa w sprawie zamówienia publicznego, wcześniejsza umowa z podmiotem zamawiającym lub wcześniejsza umowa w sprawie koncesji została **rozwiązana przed czasem**, lub w której nałożone zostało odszkodowanie bądź inne porównywalne sankcje w związku z tą wcześniejszą umową? **Jeżeli tak**, proszę podać szczegółowe informacje na ten temat: | Nie dotyczy     […] |
| **Jeżeli tak**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia? [] Tak [] Nie **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: [……] |
| Czy wykonawca może potwierdzić, że: **nie jest** winny poważnego **wprowadzenia w błąd** przy dostarczaniu informacji wymaganych do weryfikacji braku podstaw wykluczenia lub do weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacji; b) **nie zataił** tych informacji; c) jest w stanie niezwłocznie przedstawić dokumenty potwierdzające wymagane przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający; oraz d) nie przedsięwziął kroków, aby w bezprawny sposób wpłynąć na proces podejmowania decyzji przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający, pozyskać informacje poufne, które mogą dać mu nienależną przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia, lub wskutek zaniedbania przedstawić wprowadzające w błąd informacje, które mogą mieć istotny wpływ na decyzje w sprawie wykluczenia, kwalifikacji lub udzielenia zamówienia? | Nie dotyczy |

**D: Inne podstawy wykluczenia, które mogą być przewidziane w przepisach krajowych państwa członkowskiego instytucji zamawiającej lub podmiotu zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** | **Odpowiedź:** |
| Czy mają zastosowanie **podstawy wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym** określone w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia? Jeżeli dokumentacja wymagana w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać: | [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……][[31]](#footnote-31) |
| **W przypadku gdy ma zastosowanie którakolwiek z podstaw wykluczenia o charakterze wyłącznie krajowym**, czy wykonawca przedsięwziął środki w celu samooczyszczenia?  **Jeżeli tak**, proszę opisać przedsięwzięte środki: | [] Tak [] Nie   [……] |

**Część IV: Kryteria kwalifikacji**

W odniesieniu do kryteriów kwalifikacji (sekcja  lub sekcje A–D w niniejszej części) wykonawca oświadcza, że:

**: Ogólne oświadczenie dotyczące wszystkich kryteriów kwalifikacji**

**Wykonawca powinien wypełnić to pole jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wskazały w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu, że wykonawca może ograniczyć się do wypełnienia sekcji  w części IV i nie musi wypełniać żadnej z pozostałych sekcji w części IV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spełnienie wszystkich wymaganych kryteriów kwalifikacji** | **Odpowiedź** |
| Spełnia wymagane kryteria kwalifikacji: | [] Tak [] Nie |

**~~A: Kompetencje~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Kompetencje~~** | **~~Odpowiedź~~** |
| **~~1) Figuruje w odpowiednim rejestrze zawodowym lub handlowym~~** ~~prowadzonym w państwie członkowskim siedziby wykonawcy~~~~[[32]](#footnote-32)~~~~: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[…]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| **~~2) W odniesieniu do zamówień publicznych na usługi:~~** ~~Czy konieczne jest~~ **~~posiadanie~~** ~~określonego~~ **~~zezwolenia lub bycie członkiem~~** ~~określonej organizacji, aby mieć możliwość świadczenia usługi, o której mowa, w państwie siedziby wykonawcy?   Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie  Jeżeli tak, proszę określić, o jakie zezwolenie lub status członkowski chodzi, i wskazać, czy wykonawca je posiada: [ …] [] Tak [] Nie  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**B: Sytuacja ekonomiczna i finansowa**

**Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sytuacja ekonomiczna i finansowa** | **Odpowiedź:** |
| ~~1a) Jego („ogólny”)~~ **~~roczny obrót~~** ~~w ciągu określonej liczby lat obrotowych wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~**~~: i/lub~~** ~~1b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[33]](#footnote-33)~~ ~~(~~**~~)~~**~~:~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta   (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta~~  ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~2a) Jego roczny („specyficzny”)~~ **~~obrót w obszarze działalności gospodarczej objętym zamówieniem~~** ~~i określonym w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia w ciągu wymaganej liczby lat obrotowych jest następujący:~~ **~~i/lub~~** ~~2b) Jego~~ **~~średni~~** ~~roczny~~ **~~obrót w przedmiotowym obszarze i w ciągu określonej liczby lat wymaganej w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia jest następujący~~~~[[34]](#footnote-34)~~~~:~~** ~~Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta rok: [……] obrót: [……] […] waluta     (liczba lat, średni obrót)~~**~~:~~** ~~[……], [……] […] waluta   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~3) W przypadku gdy informacje dotyczące obrotu (ogólnego lub specyficznego) nie są dostępne za cały wymagany okres, proszę podać datę założenia przedsiębiorstwa wykonawcy lub rozpoczęcia działalności przez wykonawcę:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) W odniesieniu do~~ **~~wskaźników finansowych~~~~[[35]](#footnote-35)~~** ~~określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia wykonawca oświadcza, że aktualna(-e) wartość(-ci) wymaganego(-ych) wskaźnika(-ów) jest (są) następująca(-e): Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~(określenie wymaganego wskaźnika – stosunek X do Y~~~~[[36]](#footnote-36)~~ ~~– oraz wartość): [……], [……]~~~~[[37]](#footnote-37)~~~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~5) W ramach~~ **~~ubezpieczenia z tytułu ryzyka zawodowego~~** ~~wykonawca jest ubezpieczony na następującą kwotę:~~ **~~Jeżeli t~~**~~e informacje są dostępne w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……] […] waluta  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~6) W odniesieniu do~~ **~~innych ewentualnych wymogów ekonomicznych lub finansowych~~**~~, które mogły zostać określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia, wykonawca oświadcza, że Jeżeli odnośna dokumentacja, która~~ **~~mogła~~** ~~zostać określona w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[……]      (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~C: Zdolność techniczna i zawodowa~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają danych kryteriów kwalifikacji w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Zdolność techniczna i zawodowa~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~1a) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na roboty budowlane~~**~~: W okresie odniesienia~~~~[[38]](#footnote-38)~~ ~~wykonawca~~ **~~wykonał następujące roboty budowlane określonego rodzaju~~**~~:  Jeżeli odnośna dokumentacja dotycząca zadowalającego wykonania i rezultatu w odniesieniu do najważniejszych robót budowlanych jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […] Roboty budowlane: [……]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~1b) Jedynie w odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy i zamówień publicznych na usługi~~**~~: W okresie odniesienia~~~~[[39]](#footnote-39)~~ ~~wykonawca~~ **~~zrealizował następujące główne dostawy określonego rodzaju lub wyświadczył następujące główne usługi określonego rodzaju~~**~~:Przy sporządzaniu wykazu proszę podać kwoty, daty i odbiorców, zarówno publicznych, jak i prywatnych~~~~[[40]](#footnote-40)~~~~:~~ | ~~Liczba lat (okres ten został wskazany w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): […]~~   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ~~Opis~~ | ~~Kwoty~~ | ~~Daty~~ | ~~Odbiorcy~~ | |  |  |  |  | |
| ~~2) Może skorzystać z usług następujących~~ **~~pracowników technicznych lub służb technicznych~~~~[[41]](#footnote-41)~~**~~, w szczególności tych odpowiedzialnych za kontrolę jakości: W przypadku zamówień publicznych na roboty budowlane wykonawca będzie mógł się zwrócić do następujących pracowników technicznych lub służb technicznych o wykonanie robót:~~ | ~~[……]   [……]~~ |
| ~~3) Korzysta z następujących~~ **~~urządzeń technicznych oraz środków w celu zapewnienia jakości~~**~~, a jego~~ **~~zaplecze naukowo-badawcze~~** ~~jest następujące:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~4) Podczas realizacji zamówienia będzie mógł stosować następujące systemy~~ **~~zarządzania łańcuchem dostaw~~** ~~i śledzenia łańcucha dostaw:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~5)~~ **~~W odniesieniu do produktów lub usług o złożonym charakterze, które mają zostać dostarczone, lub – wyjątkowo – w odniesieniu do produktów lub usług o szczególnym przeznaczeniu:~~** ~~Czy wykonawca~~ **~~zezwoli~~** ~~na przeprowadzenie~~ **~~kontroli~~~~[[42]](#footnote-42)~~** ~~swoich~~ **~~zdolności produkcyjnych~~** ~~lub~~ **~~zdolności technicznych~~**~~, a w razie konieczności także dostępnych mu~~ **~~środków naukowych i badawczych~~**~~, jak również~~ **~~środków kontroli jakości~~**~~?~~ | ~~[] Tak [] Nie~~ |
| ~~6) Następującym~~ **~~wykształceniem i kwalifikacjami zawodowymi~~** ~~legitymuje się: a) sam usługodawca lub wykonawca:~~ **~~lub~~** ~~(w zależności od wymogów określonych w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia): b) jego kadra kierownicza:~~ | ~~a) [……]    b) [……]~~ |
| ~~7) Podczas realizacji zamówienia wykonawca będzie mógł stosować następujące~~ **~~środki zarządzania środowiskowego~~**~~:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~8) Wielkość~~ **~~średniego rocznego zatrudnienia~~** ~~u wykonawcy oraz liczebność kadry kierowniczej w ostatnich trzech latach są następujące~~ | ~~Rok, średnie roczne zatrudnienie: [……], [……] [……], [……] [……], [……] Rok, liczebność kadry kierowniczej: [……], [……] [……], [……] [……], [……]~~ |
| ~~9) Będzie dysponował następującymi~~ **~~narzędziami, wyposażeniem zakładu i urządzeniami technicznymi~~** ~~na potrzeby realizacji zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~10) Wykonawca~~ **~~zamierza ewentualnie zlecić podwykonawcom~~~~[[43]](#footnote-43)~~** ~~następującą~~ **~~część (procentową)~~** ~~zamówienia:~~ | ~~[……]~~ |
| ~~11) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~: Wykonawca dostarczy wymagane próbki, opisy lub fotografie produktów, które mają być dostarczone i którym nie musi towarzyszyć świadectwo autentyczności. Wykonawca oświadcza ponadto, że w stosownych przypadkach przedstawi wymagane świadectwa autentyczności. Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie    [] Tak [] Nie    (adres internetowy, wydający urząd lub organ,dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~12) W odniesieniu do~~ **~~zamówień publicznych na dostawy~~**~~: Czy wykonawca może przedstawić wymagane~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez urzędowe~~ **~~instytuty~~** ~~lub agencje~~ **~~kontroli jakości~~** ~~o uznanych kompetencjach, potwierdzające zgodność produktów poprzez wyraźne odniesienie do specyfikacji technicznych lub norm, które zostały określone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i wskazać, jakie inne środki dowodowe mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie         […]  (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~D: Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający wymagają systemów zapewniania jakości lub norm zarządzania środowiskowego w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Systemy zapewniania jakości i normy zarządzania środowiskowego~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymaganych~~ **~~norm zapewniania jakości~~**~~, w tym w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące systemu zapewniania jakości mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |
| ~~Czy wykonawca będzie w stanie przedstawić~~ **~~zaświadczenia~~** ~~sporządzone przez niezależne jednostki, poświadczające spełnienie przez wykonawcę wymogów określonych~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~**~~?~~ **~~Jeżeli nie~~**~~, proszę wyjaśnić dlaczego, i określić, jakie inne środki dowodowe dotyczące~~ **~~systemów lub norm zarządzania środowiskowego~~** ~~mogą zostać przedstawione: Jeżeli odnośna dokumentacja jest dostępna w formie elektronicznej, proszę wskazać:~~ | ~~[] Tak [] Nie     [……] [……]   (adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~ |

**~~Część V: Ograniczanie liczby kwalifikujących się kandydatów~~**

**~~Wykonawca powinien przedstawić informacje jedynie w przypadku gdy instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający określiły obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów, którzy zostaną zaproszeni do złożenia ofert lub prowadzenia dialogu. Te informacje, którym mogą towarzyszyć wymogi dotyczące (rodzajów) zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów, które ewentualnie należy przedstawić, określono w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia, o których mowa w ogłoszeniu.  
Dotyczy jedynie procedury ograniczonej, procedury konkurencyjnej z negocjacjami, dialogu konkurencyjnego i partnerstwa innowacyjnego:~~**

**~~Wykonawca oświadcza, że:~~**

|  |  |
| --- | --- |
| **~~Ograniczanie liczby kandydatów~~** | **~~Odpowiedź:~~** |
| ~~W następujący sposób~~ **~~spełnia~~** ~~obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria lub zasady, które mają być stosowane w celu ograniczenia liczby kandydatów: W przypadku gdy wymagane są określone zaświadczenia lub inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich, czy wykonawca posiada wymagane dokumenty: Jeżeli niektóre z tych zaświadczeń lub rodzajów dowodów w formie dokumentów są dostępne w postaci elektronicznej~~~~[[44]](#footnote-44)~~~~, proszę wskazać dla~~ **~~każdego~~** ~~z nich:~~ | ~~[….]    [] Tak [] Nie~~~~[[45]](#footnote-45)~~ ~~(adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji): [……][……][……]~~~~[[46]](#footnote-46)~~ |

**Część VI: Oświadczenia końcowe**

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że informacje podane powyżej w częściach II–V są dokładne i prawidłowe oraz że zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji poważnego wprowadzenia w błąd.*

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie oświadcza(-ją), że jest (są) w stanie, na żądanie i bez zwłoki, przedstawić zaświadczenia i inne rodzaje dowodów w formie dokumentów, z wyjątkiem przypadków, w których:*

*a) instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający ma możliwość uzyskania odpowiednich dokumentów potwierdzających bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych w dowolnym państwie członkowskim*[[47]](#footnote-47)*, lub*

*b) najpóźniej od dnia 18 kwietnia 2018 r.*[[48]](#footnote-48)*, instytucja zamawiająca lub podmiot zamawiający już posiada odpowiednią dokumentację*.

*Niżej podpisany(-a)(-i) oficjalnie wyraża(-ją) zgodę na to, aby [wskazać instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający określone w części I, sekcja A] uzyskał(-a)(-o) dostęp do dokumentów potwierdzających informacje, które zostały przedstawione w [wskazać część/sekcję/punkt(-y), których to dotyczy] niniejszego jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia, na potrzeby* [określić postępowanie o udzielenie zamówienia: (skrócony opis, adres publikacyjny w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*, numer referencyjny)].

Data, miejscowość oraz – jeżeli jest to wymagane lub konieczne – podpis(-y): [……]

*Załącznik nr 4a do SWZ*

**Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy/wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22 ,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ*,* polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: ………………………………………………………………………...…………………………………….… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
w następującym zakresie: …………………………………………………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: .................................................................................................... ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: ........................................................................................................................... ……………………………………………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**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.

…………………………………….

*Data;* *kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 4b do SWZ*

**Zamawiający:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia podmiotu udostępniającego zasoby**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczegÓlnych rozwiĄzaniach w zakresie przeciwdziaŁania wspieraniu agresji na UkrainĘ oraz sŁuŻĄCych ochronie bezpieczeŃstwa narodowego**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22 ,** prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTEPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**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.

…………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22** ,prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

a) art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy,

b) art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d) art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy,

**są nadal aktualne**

oraz:

**Oświadczenie wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy o**:

* braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1076 i 1086), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę, ofertę częściową lub wniosek o dopuszczenie do udziału w postępowaniu\*,
* przynależności do tej samej grupy kapitałowej wraz z dokumentami lub informacjami potwierdzającymi przygotowanie oferty, oferty częściowej lub wniosku o dopuszczenie do udziału w postępowaniu niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej\*.

***\*niepotrzebne skreślić***

Dnia ………………r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 6 do SWZ*

**Wykonawca:**

………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22** , prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

Informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania , o których mowa w art. 109 ust. 1 pkt 1 ustawy, odnośnie do naruszenia obowiązków dotyczących płatności podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170)

**są nadal aktualne**

Dnia ………………r.

…………………………………………

*(podpis)*

*Załącznik nr 7 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia (Konsorcjum oraz Spółki Cywilne):**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22** , oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

…………….…….*(miejscowość),*dnia………….…….r.

*Załącznik nr 8 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

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

…………………………………………………..

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych(Dz.U. z 2021r. poz. 1129 z późn.zm.)**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą **„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………………………

(Data)

*Załącznik nr 9 do SWZ*

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

(Wykonawca) (miejscowość i data)

Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2022r., poz. 974 z późn. zm.). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

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

( podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych przez niego)

*Załącznik nr 10 do SWZ – złożyć jeżeli dotyczy*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

***Wykonawca:***

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

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

Adres Wykonawcy:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia**:„ Kompleksowa dostawa szybkich testów diagnostycznych, szczepów wzorcowych do mikrobiologii, testów do oznaczania lekowrażliwości oraz kart do mikrometody immunohematologicznej wraz z dzierżawą aparatu - analizator immunohematologiczny i systemem back up.” - Zp/84/PN/22**

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

*(data i podpis Wykonawcy)*

1. Służby Komisji udostępnią instytucjom zamawiającym, podmiotom zamawiającym, wykonawcom, dostawcom usług elektronicznych i innym zainteresowanym stronom bezpłatny elektroniczny serwis poświęcony jednolitemu europejskiemu dokumentowi zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **instytucji zamawiających**: **wstępne ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie albo **ogłoszenie o zamówieniu**.  
   W przypadku **podmiotów zamawiających**: **okresowe ogłoszenie informacyjne** wykorzystywane jako zaproszenie do ubiegania się o zamówienie, **ogłoszenie o zamówieniu** lub **ogłoszenie o istnieniu systemu kwalifikowania**. [↑](#footnote-ref-2)
3. Informacje te należy skopiować z sekcji I pkt I.1 stosownego ogłoszenia*.* W przypadku wspólnego zamówienia proszę podać nazwy wszystkich uczestniczących zamawiających. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zob. pkt II.1.1 i II.1.3 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zob. pkt II.1.1 stosownego ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-5)
6. Proszę powtórzyć informacje dotyczące osób wyznaczonych do kontaktów tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-6)
7. Por. zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw (Dz.U. L 124 z 20.5.2003, s. 36). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych.

   Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

   Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

   Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które **zatrudniają mniej niż 250 osób** i których **roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR*lub*roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**. [↑](#footnote-ref-7)
8. Zob. ogłoszenie o zamówieniu, pkt III.1.5. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tj. przedsiębiorstwem, którego głównym celem jest społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych lub defaworyzowanych. [↑](#footnote-ref-9)
10. Dane referencyjne i klasyfikacja, o ile istnieją, są określone na zaświadczeniu. [↑](#footnote-ref-10)
11. Zwłaszcza w ramach grupy, konsorcjum, spółki *joint venture* lub podobnego podmiotu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Np. dla służb technicznych zaangażowanych w kontrolę jakości: część IV, sekcja C, pkt 3. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 decyzji ramowej Rady 2008/841/WSiSW z dnia 24 października 2008 r. w sprawie zwalczania przestępczości zorganizowanej (Dz.U. L 300 z 11.11.2008, s. 42). [↑](#footnote-ref-13)
14. Zgodnie z definicją zawartą w art. 3 Konwencji w sprawie zwalczania korupcji urzędników Wspólnot Europejskich i urzędników państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. C 195 z 25.6.1997, s. 1) i w art. 2 ust. 1 decyzji ramowej Rady 2003/568/WSiSW z dnia 22 lipca 2003 r. w sprawie zwalczania korupcji w sektorze prywatnym (Dz.U. L 192 z 31.7.2003, s. 54). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również korupcję zdefiniowaną w prawie krajowym instytucji zamawiającej (podmiotu zamawiającego) lub wykonawcy. [↑](#footnote-ref-14)
15. W rozumieniu art. 1 Konwencji w sprawie ochrony interesów finansowych Wspólnot Europejskich (Dz.U. C 316 z 27.11.1995, s. 48). [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 i 3 decyzji ramowej Rady z dnia 13 czerwca 2002 r. w sprawie zwalczania terroryzmu (Dz.U. L 164 z 22.6.2002, s. 3). Ta podstawa wykluczenia obejmuje również podżeganie do popełnienia przestępstwa, pomocnictwo, współsprawstwo lub usiłowanie popełnienia przestępstwa, o których mowa w art. 4 tejże decyzji ramowej. [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z definicją zawartą w art. 1 dyrektywy 2005/60/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 26 października 2005 r. w sprawie przeciwdziałania korzystaniu z systemu finansowego w celu prania pieniędzy oraz finansowania terroryzmu (Dz.U. L 309 z 25.11.2005, s. 15). [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z dnia 5 kwietnia 2011 r. w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i zwalczania tego procederu oraz ochrony ofiar, zastępującej decyzję ramową Rady 2002/629/WSiSW (Dz.U. L 101 z 15.4.2011, s. 1). [↑](#footnote-ref-18)
19. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-19)
20. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-20)
21. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zgodnie z przepisami krajowymi wdrażającymi art. 57 ust. 6 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-22)
23. Uwzględniając charakter popełnionych przestępstw (jednorazowe, powtarzające się, systematyczne itd.), objaśnienie powinno wykazywać stosowność przedsięwziętych środków. [↑](#footnote-ref-23)
24. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-24)
25. Zob. art. 57 ust. 4 dyrektywy 2014/24/WE. [↑](#footnote-ref-25)
26. O których mowa, do celów niniejszego zamówienia, w prawie krajowym, w stosownym ogłoszeniu lub w dokumentach zamówienia bądź w art. 18 ust. 2 dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-26)
27. Zob. przepisy krajowe, stosowne ogłoszenie lub dokumenty zamówienia. [↑](#footnote-ref-27)
28. Nie trzeba podawać tych informacji, jeżeli wykluczenie wykonawców w jednym z przypadków wymienionych w lit. a)–f) stało się obowiązkowe na mocy obowiązującego prawa krajowego bez żadnej możliwości odstępstwa w sytuacji, gdy wykonawcy są pomimo to w stanie zrealizować zamówienie. [↑](#footnote-ref-28)
29. W stosownych przypadkach zob. definicje w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-29)
30. Wskazanym w prawie krajowym, stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-30)
31. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-31)
32. Zgodnie z opisem w załączniku XI do dyrektywy 2014/24/UE; wykonawcy z niektórych państw członkowskich mogą być zobowiązani do spełnienia innych wymogów określonych w tym załączniku. [↑](#footnote-ref-32)
33. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-33)
34. Jedynie jeżeli jest to dopuszczone w stosownym ogłoszeniu lub dokumentach zamówienia. [↑](#footnote-ref-34)
35. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-35)
36. Np. stosunek aktywów do zobowiązań. [↑](#footnote-ref-36)
37. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-37)
38. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do pięciu lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** pięciu lat. [↑](#footnote-ref-38)
39. Instytucje zamawiające mogą **wymagać**, aby okres ten wynosił do trzech lat, i **dopuszczać** legitymowanie się doświadczeniem sprzed **ponad** trzech lat. [↑](#footnote-ref-39)
40. Innymi słowy, należy wymienić **wszystkich** odbiorców, a wykaz powinien obejmować zarówno klientów publicznych, jak i prywatnych w odniesieniu do przedmiotowych dostaw lub usług. [↑](#footnote-ref-40)
41. W przypadku pracowników technicznych lub służb technicznych nienależących bezpośrednio do przedsiębiorstwa danego wykonawcy, lecz na których zdolności wykonawca ten polega, jak określono w części II sekcja C, należy wypełnić odrębne formularze jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia. [↑](#footnote-ref-41)
42. Kontrolę ma przeprowadzać instytucja zamawiająca lub – w przypadku gdy instytucja ta wyrazi na to zgodę – w jej imieniu, właściwy organ urzędowy państwa, w którym dostawca lub usługodawca ma siedzibę. [↑](#footnote-ref-42)
43. Należy zauważyć, że jeżeli wykonawca **postanowił** zlecić podwykonawcom realizację części zamówienia **oraz** polega na zdolności podwykonawców na potrzeby realizacji tej części, to należy wypełnić odrębny jednolity europejski dokument zamówienia dla tych podwykonawców (zob. powyżej, część II sekcja C). [↑](#footnote-ref-43)
44. Proszę jasno wskazać, do której z pozycji odnosi się odpowiedź. [↑](#footnote-ref-44)
45. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-45)
46. Proszę powtórzyć tyle razy, ile jest to konieczne. [↑](#footnote-ref-46)
47. Pod warunkiem że wykonawca przekazał niezbędne informacje (adres internetowy, dane wydającego urzędu lub organu, dokładne dane referencyjne dokumentacji) umożliwiające instytucji zamawiającej lub podmiotowi zamawiającemu tę czynność. W razie potrzeby musi temu towarzyszyć odpowiednia zgoda na uzyskanie takiego dostępu. [↑](#footnote-ref-47)
48. W zależności od wdrożenia w danym kraju artykułu 59 ust. 5 akapit drugi dyrektywy 2014/24/UE. [↑](#footnote-ref-48)