**Załącznik nr 1**

 ...............….........2023r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa .................................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

NIP .......................................................................

Telefon ......................................................... e-mail …………………………………………...

adres skrzynki ePUAP ………………………………………………………………………….

**Dane dla Urzędu Zamówień Publicznych:**

Rodzaj wykonawcy (zaznaczyć jedno z poniższych):

🞎 mikroprzedsiębiorstwo,

🞎 małe przedsiębiorstwo,

🞎 średnie przedsiębiorstwo,

🞎 jednoosobowa działalność gospodarcza,

🞎 osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej,

🞎 inny rodzaj.

***Oświadczenie wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO***

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego
w niniejszym postępowaniu.\*

…………………………………..

podpis Wykonawcy

1)rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

\* W przypadku, gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Niniejszym składam ofertę w** ogłoszonym przez

**Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2 postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr CLO/ZP/37/2023**

|  |
| --- |
| **PAKIET 1** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk w opakowaniu zaoferowanego produktu \**** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***~~4~~*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** | ***13*** | ***14*** |
| 1. | Acetylcysteinum | tabletki musujące 600 mg | 300 tabletek | 10  | *30* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 2. | Acidum ascorbicum | tabletki powlekane 200 mg | 1 750 tabletek  | 50 | *35* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 3. | Allopurinolum | tabletki 100 mg | 200 tabletek | 50 | *4* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 4. | Allopurinolum | tabletki 300 mg  | 60 tabletek | 30 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 5. | Ambroxoli hydrochloridum | płyn do inhalacji z nebulizatora 7.5 mg/ 1 ml | 8 butelek a 100 ml | 1 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 6. | Amiodaroni hydrochloridum | tabletki powlekane 200 mg | 60 tabletek | 60 | *1* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 7. | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | tabletki powlekane 875 mg + 125 mg | 560 tabletek | 14  | *40* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 8. | Bisacodylum | czopki 10 mg | 60 czopków  | 6 | *10* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 9 | Calcii carbonas | kapsułki twarde 200 mgCa2+ | 210 kapsułek | 30 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 10. | Carbomerum | żel do oczu 2 mg/g | 33 tubkia 10 g | 1 | *33* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 11. | Cetylpyridinii chloridum + Lidocaini hydrochloridum | pastylki twarde 2 mg + 1 mg | 60 pastylek | 30 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 12. | Chloramphenicolum | maść 20 mg/ g | 100 tubek a 5 g | 1 | *100* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 13. | Clindamycinum | kapsułki twarde 300 mg | 240 kapsułek  | 16 | *15* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 14. | Clomethiazolum | kapsułki 300 mg | 500 kapsułek  | 100 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 15. | Collagenasum | maść 1,2 j./ g | 120 tubek a 20 g | 1 | *120* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 16. | Dabigatranum etexilatum | kapsułki twarde 150 mg | 30 kapsułek | 30 | *1* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 17. | Delphini consolidae tinctura | płyn na skórę | 3 opakowania a 100 ml | 1 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 18. | Dexamethasonum | krople do oczu, zawiesina 1 mg/ ml | 7 butelek a 5 ml | 1 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 19. | Dexamethasonum | 1mg/ml a 0.4 ml | 200 pojemników a 0.4 ml | 20 | *10* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 20. | Dextranum + Hypromellosum | krople do oczu, roztwór (1 mg + 3 mg)/ ml | 65 butelek a 15 ml | 1 | *65* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 21. | Diclofenacum natricum | żel 10 mg/ g a 50g | 8 tubek a 50 g | 1 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 22. | Doxycyclinum | kapsułki twarde 100 mg | 30 kapsułek  | 10 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 23. | Ethylis chloridum | aerozol  | 3 pojemniki a 70 g | 1 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 24. | Fenoteroli hydrobromidum | aerozol inhalacyjny, roztwór 100 mcg/ dawkę | 1 pojemnik a 10 ml (200 dawek) | 1 | *1* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 25. | Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum | roztwór do nebulizacji (0,5 mg + 0,25 mg)/ ml | 35 butelek a 20 ml | 1 | *35* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 26. | Ferrosi gluconas | tabletki drażowane 200 mg | 500 tabletek  | 50 | *10* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 27. | Ferrosi sulfas | tabletki o  przedłużonym uwalnianiu 80 mg  | 750 tabletek  | 30 | *25* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 28. | Gentamicini sulfas gąbka (posiadajaca rejestrację produktu leczniczego) | gąbka: 2mg/ cm² (10 x 10 x 0,5cm) | 7 sztuk | 1 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 29. | Gliclazidum | tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu 30 mg | 120 tabletek  | 60 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 30. | Glyceroli suppositoria | czopki doodbytnicze 2 g | 70 sztuk  | 10 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 31. | Glyceroli trinitras | aerozol podjęzykowy 0.4 mg/ dawkę | 3 pojemniki a 11 g (200 dawek) | 1 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 32. | Hydroxyzini hydrochloridum | syrop 2 mg/ ml | 80 butelek a 200 ml | 1 | *80* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 33. | Hydroxyzini hydrochloridum | tabletki powlekane 25 mg | 150 tabletek  | 30 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 34. | Isosorbidi mononitras | tabletki 50 mg o przedł. uwalnianiu | 60 tabletek | 30 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 35. | Kalii chloridum | tabletki o przedłużonym uwalnianiu 391 mg K+ | 2 100 tabletek  | 60 | *35* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 36. | Ketoprofenum | tabletki powlekane 100 mg | 160 tabletek  | 20 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 37. | Lactulosum | syrop 667 mg/ ml | 45 butelek a 300 ml | 1 | *45* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 38. | Lamotriginum |  tabletki 50 mg | 150 tabletek | 30 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 39. | Levothyroxinum natricum | tabletki 50 mcg | 200 tabletek  | 50 | *4* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 40. | Levothyroxinum natricum | tabletki 75 mcg | 100 tabletek | 50 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 41. | Levothyroxinum natricum | tabletki 100 mcg | 100 tabletek | 50 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 42. | Lidocainum | aerozol, roztwór 10% (100 mg/ ml) | 6 butelek a 38 g | 1 | *6* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 43. | Lini oleum virginale, produkt złożony | krem 200 mg/ g | 100 tubek a 100 g | 1 | *100* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 44. | Metoprololi succinas | tabletki o przedłużonym uwalnianiu 23.75 mg | 56 tabletek  | 28 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 45. | Metoprololi succinas | tabletki o przedłużonym uwalnianiu 47,5 mg | 140 tabletek | 28 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 46. | Metoprololi succinas | tabletki o przedłużonym uwalnianiu 95 mg | 56 tabletek  | 28 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 47. | Mupirocinum | maść 20 mg/ g | 8 opakowań a 15 g | 1 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 48. | Naproxenum | żel 100 mg/ g  | 5 tubek a 50 g | 1 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 49. | Natrii polistyreni sulfonas | proszek doustny lub do sporządzania zawiesiny doodbytniczej 1,42 g Na+/ 15 g | 1 opakowanie a 454 g | 1 | *1* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 50. | Natrii tetraboras | płyn do stosowania w jamie ustnej 200 mg/ g | 30 opakowań a 10 g | 1 | *30* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 51. | Natrii valproas + Acidum valproicum | tabletki powlekane o przedłużonym uwalnianiu 200 mg + 87 mg | 450 tabletek  | 30 | *15* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 52. | Natrii valproas + Acidum valproicum | tabletki powlekane o przedłużonym uwalnianiu 333 mg + 145 mg | 540 tabletek | 30 | *18* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 53. | Neomycynum | aerozol na skórę, zawiesina 11,72 mg/ g | 50 pojemników a 32 g | 1 | *50* |  |  |  |  | 8% |  |  |  |
| 54. | Nitrofuralum | maść 2 mg/ g | 900 opakowań a 25 g | 1 | *900* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 55. | Norfloxacinum | krople do oczu, roztwór 3 mg/ ml | 60 butelek a 5 ml | 1 | *60* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 56. | Ofloxacinum |  maść do oczu, 3 mg/g | 7 opakowań a 3 g | 1 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 57. | Perindoprilum argininum | tabletki powlekane 5 mg | 120 tabletek | 30 | *4* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 58. | Permethrinum | 50 mg/ g krem  | 8 tubek a 30 g | 1 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 59. | Phenoxymethylpenicillinum kalicum | tabletki powlekane 1 500 000 j.m. | 240 tabletek  | 30 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 60. | Proxymetacaini hydrochloridum | krople do oczu, roztwór 5 mg/ ml | 2 butelki a 15 ml | 1 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 61. | Risperidonum | tabletki powlekane 1 mg | 60 tabletek  | 20 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 62. | Spironolactonum | tabletki 25 mg | 100 tabletek | 100 | *1* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 63. | Spironolactonum | tabletki powlekane 100 mg | 60 tabletek  | 20 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 64. | Tamsulosinum | kapsułki oprzedłużonym lub zmodyfikowanymuwalnianiu 0.4 mg | 90 tabletek  | 30 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 65. | Thiamini hydrochloridum | tabletki 25 mg | 400 tabletek | 50 | *8* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 66. | Tobramycinum | krople do oczu, roztwór 3 mg/ ml | 35 opakowań a 5 ml | 1 | *35* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 67. | Trazodoni hydrochloridum |  tabletki o przedłużonym uwalnianiu 75 mg | 210 tabletek  | 30 | *7* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 68. | Vinpocetinum | tabl. 5 mg | 150 tabletek  | 50 | *3* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 69. | Voriconazolum | tabletki powlekane 200 mg | 40 tabletek | 20 | *2* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

***\* Zamawiający wymaga, aby zaoferowane produkty nie zawierały więcej niż 100 sztuk postaci tabletkowych w jednostkowym opakowaniu .***

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

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 2** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 x poz. 7** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** |
| 1. | Camphorae spiritus 10% | 10% płyn na skórę  | 15 butelek a 800 g | 1 | *15* |  |  | 8% |   |   |   |
| 2. | Formaldehydi solutio 10% | 10 % płyn | 15 opakowań  a 1 000 g | 1 | *15* |  |  | 8% |   |   |   |
| 3. | Hydrogenii peroxidum 3% | płyn do stosowania na skórę 3%  | 10 butelek a 100 g | 1 | *10* |  |  | 8% |   |   |   |
| 4. | Podloże maściowe typu Hascobaza / Lekobaza | podłoże maściowe  | 60 pojemników a 1 000 g | 1 | *60* |  |  | 23% |   |   |   |
| 5. | Vaselinum album | podłoże maściowe  | 2 opakowania a 500 g | 1 | *2* |  |  | 23% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

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

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 3** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** | ***13*** | ***14*** |
| 1. | Piperacillinum + Tazobactamum | proszek do sporządzania roztworu do infuzji 4 g + 0,5 g | 2 000 fiolek | 1 | *2 000* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

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

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 4** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** | ***13*** | ***14*** |
| 1. | Amoxicillinum + Acidum clavulanicum | proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań i infuzji 1 000 mg + 200 mg | 1 000 fiolek | 1 | *1 000* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

**Wartość brutto Pakietu 4 ........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 5** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** | ***13*** | ***14*** |
| 1. | Hydrofilowy żel metakrylowy umożliwiający wiązanie wolnych rodników tlenowych, złożony z kopolimeru 2-hydroksyetylometakrylanu, makrogolu i wody destylowanej. *Wyrób medyczny.* | żel  | 65 tubek a 30 g | 1 | *65* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 2. | Żel zawierający: trehalozę, kwas hialuronowy i karbomer. *Wyrób medyczny.* | płynny żel do oczu 400 mg | 600 pojemników jednorazowych | 30 | *20* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

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

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 6** |
| **lp.** | **Nazwa międzynarodowa** | **Postać i dawka** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTO*****opakowania*** | **wartośćNETTO****poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartośćBRUTTO** | **KOD EAN** | **Nazwa handlowa oferowanego produktu** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** | ***11*** | ***12*** | ***13*** | ***14*** |
| 1. | Krem zawierający: srebro cząsteczkowe (kompleks dwutlenku tytanu związanego z jonami srebra), dimeticon, vit.E. wosk pszczeli bielony. *Wyrób medyczny.* | krem  | 5 tubek a 50 ml | 1 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 2. | Silikonowy żel na blizny, zawierający solisiloksany, dwutlenek krzemu*Wyrób medyczny.*  | Silikonowy żel na blizny | 5 opakowań a 15 g | 1 | *5* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| 3. | Spray do skóry zawierający: srebro cząsteczkowe (kompleks dwutlenku tytanu związanego z jonami srebra), kaolin medyczny kwas hialuronowy. *Wyrób medyczny.* | spray | 20 opakowań a 125 ml | 1 | *20* |  |  |  |  | 8% |   |   |   |
| **Razem** |  |  |  |  |

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

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 7: Generator radionuklidu Tc-99m** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN (jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Produkt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Generator powinien gwarantować otrzymywanie eluatu zawierającego izotop technetu Tc-99m w postaci bezbarwnego i przejrzystego roztworu nadtechnecjanu sodu (Na99mTcO4).Nominalna aktywność Tc-99m z elucji (na dzień kalibracji, 12:00 CET) – 6 GBq.Dzień kalibracji: najbliższy poniedziałek przypadający po dniu dostawy.Wraz z generatorem powinien zostać dostarczony zestaw do elucji generatora składający się z:- 16 fiolek zawierających 10 ml eluentu (9 mg/ml (0,9%) NaCl roztwór),- 16 fiolek próżniowych na eluat.Generator radionuklidu Tc-99m wraz z zestawem do elucji generatora jednego producenta.Minimalny termin przydatności do użycia generatora to 14 dni kalendarzowych od daty dostawy do Zamawiającego.Minimalny termin przydatności do użycia zestawów do elucji generatora to minimum 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. | 3 | 1  | *3* |  |   |  |  | 8% |  |   |  |
| **Razem** |   |   |   |   |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

**Wartość brutto Pakietu 7 ........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 8: Zestawy do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego do badania układu kostnego** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN (jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Zestaw do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego Tc99m-MDPProdukt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.Jedna fiolka zawiera: 5 mg kwasu metylenodifosfonowego w postaci sodu metylenodifosfonianu 6,25 mg.Minimalny termin przydatności do użycia to minimum 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. | 72 | 6 | *12* |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| **Razem** |  |  |   |    |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

**Wartość brutto Pakietu 8........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 9: Zestawy do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego do badania układu wydalniczego** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN (jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Zestaw do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego Tc99m-DMSAProdukt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.Jedna fiolka zawiera: 1,0 mg kwasu mezo-2,3-dimerkaptobursztynowego.Minimalny termin przydatności do użycia to minimum 3 miesiące od daty dostawy do Zamawiającego. | 6 | 6 | *1* |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| **Razem** |  |  |   |    |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

**Wartość brutto Pakietu 9........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 10: Zestawy do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego do badania układu pokarmowego** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN (jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Zestaw do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego Tc99m-RBCProdukt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.Jedna fiolka zawiera: Substancja czynna: sodu pirofosforan dziesięciowodny 13,40 mg Substancja pomocnicza: cyny (II) chlorek dwuwodny 4,3 mg.Minimalny termin przydatności do użycia to minimum 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. | 6 | 6 | 1 |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| **Razem** |  |   |   |    |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

**Wartość brutto Pakietu 10........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 11: Zestawy do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego do badania układu oddechowego.** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN** **(jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Zestaw do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego w postaci makroagregatów albuminy ludzkiej.Produkt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Granulat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.Jedna fiolka zawiera: 2,0 mg albuminy ludzkiej w postaci makroagregatów. Wielkość żadnej z cząstek nie przekracza 150 μm.Minimalny termin przydatności do użycia to minimum 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. | 15 | 5 | 3 |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| **Razem** |  |   |   |    |
|

|  |
| --- |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

 |

**Wartość brutto Pakietu 11........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

|  |
| --- |
| **PAKIET 12: Zestawy do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego do badania stanów zapalnych** |
| **lp.** | **nazwa / opis przedmiotu zamówienia** | ***Ilość zamawianych sztuk*** | **ilość sztuk w 1 opakowaniu** | ***Ilość opakowań*** | ***Ilość sztuk*** ***w opakowaniu zaoferowanego produktu*** | ***Ilość opakowań zaoferowanego produktu*** | **cena jedn.NETTOopakowania** | **wartośćNETTOpoz. 5 lub 7 x poz. 8** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **Pochodzenie oferowanego produktu\*\*** | **KOD EAN (jeżeli dotyczy)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
| 1. | Zestaw do sporządzania preparatu radiofarmaceutycznego Tc-99m-Exametazime do badania stanów zapalnych z zastosowaniem znakowanych in vitro leukocytów.Produkt leczniczy przeznaczony do diagnostyki.Liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań.Jedna fiolka zawiera 0,5 mg exametazime.Minimalny termin przydatności do użycia to minimum 6 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego. | 20 | 5 | 4 |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| 2. | Zestaw do sterylnego i apirogennego znakowania leukocytów za pomocą Tc-99m. Zestaw składa się z min.: kompletu strzykawek oraz igieł i fiolek (z antykoagulantem - 1 szt. z odczynnikiem sedymentacyjnym - 1 szt., z roztworem NaCl - 1 szt.), w tym elementy zawierające filtry i zawory, adaptera z uchwytem oraz akcesoriów pomocniczych (nakrętki na strzykawki, podpórki, serwety itp.). | 20 | 1 | 20 |  |  |   |  | 8% |  |  |   |
| **Razem** |  |   |   |    |
|

|  |
| --- |
| \*\* W kolumnie 12 należy wpisać: *Produkcja własna* lub *import* lub *import docelowy*. |

 |

**Wartość brutto Pakietu 12........................słownie ..........................................................................................................zł.**

w tym:

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

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

………………………

 podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

w Siemianowicach Śląskich

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

…………………………………………………

…………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

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

**UWZGLĘDNIAJĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z 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 nr sprawy **CLO/ZP/37/2023** prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1,2 i 5).*

Oświadczam, że spełniam łącznie wszystkie przesłanki określone w art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, które stanowią podstawę do uznania za rzetelnie podjęte przeze mnie działania w procesie sanacyjnym przez Zamawiającego.

Na potwierdzenie mojego oświadczenia przedstawiam następujące dokumenty:

1. .…………………………………………………………………………………………………..
2. .…………………………………………………………………………………………………..
3. .…………………………………………………………………………………………………..
4. .…………………………………………………………………………………………………..
5. 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)*[[1]](#footnote-2).*

**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 lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

Centrum Leczenia Oparzeń

im. dr. Stanisława Sakiela

w Siemianowicach Śląskich

ul. Jana Pawła II 2

41-100 Siemianowice Śląskie

**Wykonawca:**

…………………………………………………

…………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr sprawy **CLO/ZP/37/2023** prowadzonego przez Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 21 SWZ.
2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale 21 SWZ w następującym zakresie:

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

[UWAGA: *stosuje tylko wykonawca/ wykonawca wspólnie ubiegający się o zamówienie, który polega na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostepniających zasoby, a jednocześnie samodzielnie w pewnym zakresie wykazuje spełnianie warunków*]

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……., dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*

1. Zgodnie z treścią 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,* zwanej dalej „ustawą”,z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-2)