**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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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 mg Ca2+ | 210 kapsułek | 30 | *7* |  |  |  |  | 8% |  |  |  |
| 10. | Carbomerum | żel do oczu 2 mg/g | 33 tubki  a 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 o przedłużonym lub zmodyfikowanym uwalnianiu 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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 x poz. 7** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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*** | **wartość NETTO**  **poz. 6 lub 8 x poz. 9** | **Stawka VAT** | **wartość BRUTTO** | **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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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-MDP Produkt 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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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-DMSA Produkt 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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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-RBC Produkt 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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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. NETTO opakowania** | **wartość NETTO poz. 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)