Oznaczenie sprawy: PN – 49/17

***Załącznik Nr 3 do SIWZ***

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

 (oznaczenie Wykonawcy)

#### Dane Wykonawcy:

Nazwa: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Siedziba: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Adres poczty elektronicznej: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Strona internetowa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer faksu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji: …………………………………………………………………………………………………………………………

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

Nr REGON: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Numer konta Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informacja Wykonawcy dotycząca podmiotów z sektora MŚP;

* + TAK, Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem
	+ NIE, Wykonawca nie jest mikroprzedsiębiorstwem, małym lub średnim przedsiębiorstwem.

### *Zamawiający:*

### Ginekologiczno – Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### ul. Polna 33, 60 – 535 Poznań

### nr telefonu: 61 8 419 515, nr faksu: 61 8 419 620

1. W nawiązaniu do ogłoszenia o zamówieniu na **dostawę sprzętu do realizacji zadania dot. odżywiania mlekiem kobiecym** składamy ofertę w zakresie określonym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
2. Oferujemy wykonanie dostawy będącej przedmiotem zamówienia za cenę zgodną z wyliczeniem przedstawionym w formularzu specyfikacji cenowej i o następujących parametrach:

**Część nr 1: Pasteryzator, analizator składu mleka, sonikator, chłodziarko-zamrażarka laboratoryjna, zamrażarka laboratoryjna (2 sztuki), komora laminarna, podgrzewacz do butelek i strzykawek, zamrażarka szokowa, chłodziarka farmaceutyczna (2 sztuki), zmywarka specjalistyczna, system do znakowania próbek (2 sztuki)**

**KRYTERIUM I: CENA**

a. cena ( netto ): ……………………………………. złotych

1. cena ( brutto ): ………………………………… złotych

**POZOSTAŁE KRYTERIA:**

# Pasteryzator

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | **Maksymalny poziom hałasu: do 46 dB** |  |  |
| 2. | **Zużycie energii poniżej1,85 kWh** |  |  |
| 3. | **Urządzenie zgodne z normami BS EN 60204-1:2006 & A1:2009, BS EN 12100-1:2003, BS EN 61000-2-2, BS EN 61000-2-4**  |  |  |
| 4. | **Urządzenie posiadające CE: 2006/95/EC**  |  |  |

# Analizator składu mleka

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Dokładność: powtarzalność <0,05%, dokładność <0,1% |  |  |
| 2. | Normy środowiskowe:operacyjna - temp od +15 st. C do +35 st. C, wilgotność 10-80% **nieoperacyjna (z pustymi kuwetami) - temp od 0 st. C do +50 st. C, wilgotność 20-80% nieskondensowana** |  |  |
| 3. | **Normy CE klasy B LVD, FCC** |  |  |
| 4. | Czas analizy – do 60 sekund |  |  |

1. **Sonikator**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Częstotliwość homogenizacji 20 kHz |  |  |
| 2. | **Moc wyjściowa 130W** |  |  |

1. **Chłodziarko-zamrażarka laboratoryjna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Rozmrażanie automatyczne części chłodniczej |  |  |
| 2. | Antybakteryjny uchwyt |  |  |

1. **Zamrażarka laboratoryjna – 2 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Czynnik chłodniczy R600a |  |  |
| 2. | Klasa klimatyczna SN |  |  |

1. **Komora laminarna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | minimalny przepływ 620 m3/h |  |  |
| 2. | prędkość przepływu min.: 0,4 m/s |  |  |
| 3. | gniazdko 230V na tylnej ścianie |  |  |
| 4. | poziom hałasu maks.: 60 dB |  |  |

1. **Podgrzewacz do butelek i strzykawek**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | stabilność temperatury ± 0,5 °C |  |  |
| 2. | rozkład temperatury w łaźni ± 0,2°C |  |  |
| 3. | urządzenie powinno spełniać wymagania dyrektyw europejskich: 2006/95/WE, norma: PN-EN 61010-1 oraz 2004/108/WE, norma: PN-EN 61326-1:2006 |  |  |
| 4. | zakres regulacji temperatury co 0,1°C |  |  |

1. **Zamrażarka szokowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | schładzanie szokowe od +70°C do +3°C w ciągu maks. 90 minut |  |  |
| 2. | zamrażanie szokowe od +70°C do -18°C w ciągu maks. 240 minut |  |  |
| 3. | Warstwa izolacyjna z wypienionego poliuretanu |  |  |
| 4. | czynnik chłodniczy R404a |  |  |

1. **Chłodziarka farmaceutyczna - 2 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Poziom hałasu max. 41 db |  |  |
| 2. | Zużycie energii max. 1.1 kW/24 h |  |  |
| 3. | Czynnik chłodniczy R600a |  |  |
| 4. | Klasa klimatyczna SN |  |  |

1. **Zmywarka specjalistyczna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Możliwość zastosowania w przyszłości dowolnych wózków iniekcyjnych (dedykowanych do urządzenia) oraz podstawowych na dwóch poziomach – niezależnie od siebie; możliwość mycia za pomocą iniekcji tylko na jednym poziomie (góra lub dół) bez konieczności umieszczenia wózka na nieużywanym poziomie, bezpośrednie sprzężenie wózka z tyłem komory zmywarki zapewniające optymalne wykorzystanie przestrzeni (nie dopuszcza się rozwiązań dostarczających wodę i gorące powietrze z góry komory do dolnego wózka iniekcyjnego) |  |  |
| 2. | Urządzenie wyposażone w co najmniej 40 programów, w tym co najmniej 20 programów w pełni modyfikowalnych przez Użytkownika |  |  |
| 3. | Kontrola temperatury wewnątrz urządzenia przy pomocy dwóch niezależnych sensorów |  |  |
| 4. | Oszczędne zużycie wody, poniżej 15 l/cykl |  |  |
| 5. | System skraplania pary nie powodujący wydostania się zapachów na zewnątrz |  |  |
| 6. | W standardzie dwie automatyczne pompy dozujące płyny/ opcjonalnie możliwość zamontowania trzeciej pompy |  |  |
| 7. | Interfejs USB do ustawiania i monitoringu poszczególnych faz procesu mycia |  |  |
| 8. | System aktywnego suszenia z wykorzystaniem agregatu suszącego, o przepływie powietrza nie mniej niż 150m3/h |  |  |
| 9. | Urządzenie wyposażone w 2 dozowniki dla środków myjących (detergent oraz neutralizator) w płynie |  |  |
| 10. | Temperatura procesu mycia i dezynfekcji nie mniej niż 92oC |  |  |

1. **system do znakowania próbek - 2 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Masa czytnika ręcznego: **do 200 g** |  |  |
| 2. | Zasięg pracy czytnika ręcznego: **min.: 10 metrów** |  |  |
| 3. | **Drukarka: Maksymalna szerokość druku: 104 mm** |  |  |
| 4. | **Drukarka: Maksymalna długość druku: 990 mm** |  |  |

**Część nr 2: Laktator**

**KRYTERIUM I: CENA**

a. cena ( netto ): ……………………………………. złotych

1. cena ( brutto ): ………………………………… złotych

**POZOSTAŁE KRYTERIA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria oceny** | **Zaznaczyć właściwe krzyżykiem** |
| **Spełnianie parametru** | **Nie spełnianie parametru** |
| 1. | Okres gwarancji 24 m-ce |  |  |
| 2. | Do wyboru co najmniej dwa programy:1.przeznaczony do stymulacji laktacji (dla mam wcześniaków, dla mam z opóźnioną laktacją, matek po szczególnie trudnych porodach)2.dla mam dzieci donoszonych, do podtrzymania laktacji na odpowiednim poziomie |  |  |

1. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** rozpoczynający się wraz z upływem terminu składania ofert.
2. Termin realizacji zamówienia: **do dnia 14 grudnia 2017r.**
3. Termin zapłaty w jakim Zamawiający uiści wynagrodzenie Wykonawcy za dostawę urządzeń nastąpi na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT, przelewem na konto Wykonawcy w terminie 30 dni, od dnia doręczenia faktury poprzez Wykonawcę Zamawiającemu.
4. Zamawiający żąda wskazania przez Wykonawcę części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć Podwykonawcom i podania przez Wykonawcę firm Podwykonawców:

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

1. Składając niniejszą ofertę oświadczamy, że akceptujemy warunki określone przez Zamawiającego
w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w tym szczególności dotyczące postanowień umowy
i zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodniej z  niniejszą ofertą, na warunkach określonych
w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Oświadczamy, że informacje zawarte na stronach od …………… do …………… stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane.

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych Wykonawca zobowiązany jest wykazać,
iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa

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

 *(wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa)*

*Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny
i faktyczny, aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297 k.k.).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. …………………………………………………………………

(Podpis, nazwisko i imię osoby upoważnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)