Sz.S.P.O.O. SZPiGM 3810/16/2023 Brzozów 02.03.2023r.

 **Dotyczy postępowania**

 **dostawa odczynników laboratoryjnych**

 **Sygn. Sz.S.P.O.O. SZPiGM 3810/16/2023**

 Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza, występując jako zamawiający w niniejszym postępowaniu, dokonuje zmian w specyfikacji warunków zamówienia w zakresie:

1. **Część XII. Termin związania ofertą.**

Zamawiający dokonuje zmiany pkt. 1.

Nowa treść pkt 1 otrzymuje brzmienie:

1.Wykonawca jest związany ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do dnia 06.04.2023r.

1. **Część XVI. Sposób oraz termin składania i otwarcia ofert.**

Zamawiający dokonuje zmiany pkt. 4 i 5.

 Nowa treść pkt 4 otrzymuje brzmienie:

 4.Termin składania ofert ustala się na dzień: 08.04.2023r. godz.10:00.

 Nowa treść pkt 5 otrzymuje brzmienie:

 5.Termin składania ofert ustala się na dzień: 08.04.2023r. godz.10:30.

1. **Załącznik nr 1 do SWZ - część 1.**

Zamawiający dokonuje modyfikacji wzoru oferty dla Części nr 1 poprzez zmianę ilości w pkt. 4 opisu przedmiotu zamówienia, polegającej na:

- w dokumencie było: 51 op

- poprawiono na: 80 op

 Nowa treść załącznika nr1 dla części 1 w załączeniu.

 Zmiany wprowadzone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia są wiążące dla wszystkich wykonawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu.

**Wykonawca: Załącznik nr 1**

 **………………………..……………**

 **………………………………..……**

 **……………………………..………**

 **(*pełna nazwa/firma, adres)***

 ***NIP…………………..……………..***

 ***KRS w przypadku spółki***

 ***……………………………………….***

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / WZÓR OFERTY**

 **Część 1**

 **W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na zakup odczynników laboratoryjnych dla Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza, znak sprawy SZSPOO.SZPiGM. 3810/16/2023, przedstawiamy następującą ofertę:**

***CZĘŚĆ 1 Nazwa: Odczynniki diagnostyczne do wykrywania mutacji w genach KRAS, NRAS/BRAF, BRAF, EGFR, kompatybilne z systemem Idylla.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT %*** | ***Wartość brutto*** | ***Typ (nazwa, numer katalogowy) /producent/ wielkość opakowania (uwaga jeśli zestaw składa się z kilku elementów oddzielnie katalogowanych należy podać wszystkie numery katalogowe wraz z cenami poszczególnych elementów wchodzących w skład całego zestawu) podać wszystkie produkty mieszczące się w ofercie*** |
| ***1*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genie KRAS pozwalające wykonać oznaczenie w tkance zatopionej w bloczku parafinowym,***  | ***op.*** | ***15*** |  |  |  |  |  |
| ***2*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genach NRAS/BRAF pozwalające wykonać oznaczenie w tkance zatopionej w bloczku parafinowym*** | ***op.*** | ***14*** |  |  |  |  |  |
| ***3*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genie BRAF pozwalające wykonać oznaczenie w tkance zatopionej w bloczku parafinowym*** | ***op.*** | ***13*** |  |  |  |  |  |
| ***4*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genie EGFR pozwalające wykonać oznaczenie w tkance zatopionej w bloczku parafinowym*** | ***op.*** | ***2*** |  |  |  |  |  |
| ***5*** | ***Testy do oznaczania niestabilności mikrosatelitarnych MSI pozwalające wykonać oznaczenie w tkance zatopionej w bloczku parafinowym*** | ***op.*** | ***80*** |  |  |  |  |  |
| ***6*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genie EGFR płynna biopsja, pozwalające wykonać oznaczenie z osocza*** | ***op*** | ***2*** |  |  |  |  |  |
| ***7*** | ***Testy do oznaczania mutacji w genie BRAF płynna biopsja pozwalające wykonać oznaczenie z osocza*** | ***op*** | ***2*** |  |  |  |  |  |
|  | ***Razem:*** |  | ***x*** |  |  |

**Wymagania:**

**1. Testy w postaci kartridżów kompatybilnych z Systemem Idylla firmy Merck.**

**2. Odczynniki w formie jednorazowych kartridżów – 1 kartridż/1 oznaczenie.**

**3. Termin przydatności odczynnika: co najmniej 9 miesięcy od daty dostarczenia.**

**Termin dostawy: ………………. dni (max 5 dni roboczych)**

**Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:**

**……………………………………..**

**Nr tel. …………………………….**

**Nr fax………………….………….**

**mail …………………..…………..**