Załącznik nr 1

**Zgłoszenie udziału w planowanym postępowaniu**

**Informacji zawartych w zgłoszeniu nie należy traktować jako oferty**

Dane Oferenta zainteresowanego współpracą z RARS na zasadach określonych w ogłoszeniu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa Oferenta |  |
| 2 | Adres Oferenta |  |
| 3 | Telefon |  |
| 4 | Mail |  |
| 5 | Zapewniamy bezpieczeństwo danych osobowych zgodnie z przepisami *o ochronie danych osobowych* | TAK / NIE\* |
| 6 | Spełniamy wymogi ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych* w aktualnie obowiązującym brzmieniu. | TAK / NIE**\*** |
| 7 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, które rozpoczęły procedurę uzyskania uprawnień do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” prowadzoną **w innej niż Agencja jednostce organizacyjnej** **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
| 8 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, dla których zostanie **złożony wniosek do Agencji** o przeprowadzenie szkolenia w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” w pkt 6)** |  |
| 9 | Wykaz osób umocowanych do reprezentowania Oferenta zgodnie ze stosownymi przepisami, posiadających aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” i/lub zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych **(w przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” w pkt 6)** |  |
| 10 | Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby(ób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta zgodnie z aktualnym wypisem z właściwego rejestru podmiotów gospodarczych (KRS/CEIDG)  lub na podstawie pełnomocnictwa, wymienionej(ych) w pkt 7, do której(ych) mają zostać wysłane warunki przetargu oznaczone klauzulą „zastrzeżone”. Osoba(y), o której(ych) mowa w zdaniu poprzedzającym musi posiadać aktualne poświadczenie bezpieczeństwa osobowego lub pisemne upoważnienie do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „zastrzeżone” wydane przez osobę uprawnioną i posiadać aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych, nie rzadziej niż raz na 5 lat, zgodnie z zapisami w/w ustawy, z tym jednak, iż kierownik Oferenta (kierownik przedsiębiorcy w rozumieniu art. 2 pkt 14 w/w ustawy) powinien posiadać co najmniej aktualne zaświadczenie o przebytym szkoleniu w zakresie ochrony informacji niejawnych. |  |
| 11 | Adres Oferenta, na który Agencja prześle warunki przetargu |  |

Proszę o podanie danych dotyczących towaru zgodnie z poniższymi tabelami:

**Zadanie nr 1 - Zakup usługi przechowywania wyrobów medycznych wymienionych w Zadaniu nr 1, w tym dokonywania ich wymiany   
w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie południowej Polski przez okres od dnia 20.12.2024 r. do dnia 31.12.2027 r.,   
za wynagrodzeniem ustalonym przez Strony w drodze negocjacji.**

| **Lp.** | **Nazwa wyrobu medycznego** | **Jm.** | **Ilość wyrobu., którą Oferent  może objąć usługą przechowywania i wymiany** | **Ilość wyrobu  w opakowaniu  zbiorczym\*** | **Maksymalna ilość opakowań zbiorczych wyrobu  na jednej palecie\*** | **Ilość palet zajmowanych  przez wyrób\*** | **Warunki przechowywania\*** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta\*** | **Producent, kraj\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  | Cewnik typ Nelaton nr 8 | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność…… |  |  |
|  | Cewnik typ Nelaton nr 10 | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Cewnik typ Nelaton nr 12 | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Cewnik typ Nelaton nr 14 | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Cewnik typ Nelaton nr 16 | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |

*\*dane winny dotyczyć wyrobu medycznego, który będzie objęty usługą przechowywania i wymiany u Oferenta, po pierwszej wymianie.*

**Wynagrodzenie za usługę przechowania wyrobów wymienionych w Zadaniu nr 1 wraz z dokonywaniem wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie południowej Polski przez okres od dnia 20.12.2024 r. do dnia 31.12.2027 r.**

| **Lp.** |  | **Wartość bez podatku VAT  w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wartość z podatkiem VAT  w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Wynagrodzenie za usługę przechowywania i wymiany wyrobów medycznych wymienionych w Zadaniu nr 1, przez okres od dnia 20.12.2024 r. do dnia 31.12.2027 r. (wraz z kosztami przemieszczenia wyrobów z magazynu, w którym przechowywane  są aktualnie produkty do magazynu Oferenta). |  |  |  |

**Zadanie nr 2 - Zakup usługi przechowywania wyrobów medycznych wymienionych w Zadaniu nr 2, w tym dokonywania ich wymiany   
w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie południowej Polski przez okres od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2027 r.,   
za wynagrodzeniem ustalonym przez Strony w drodze negocjacji.**

| **Lp.** | **Nazwa wyrobu medycznego** | **Jm.** | **Ilość wyrobu., którą Oferent  może objąć usługą przechowywania i wymiany** | **Ilość wyrobu  w opakowaniu  zbiorczym\*** | **Maksymalna ilość opakowań zbiorczych wyrobu  na jednej palecie\*** | **Ilość palet zajmowanych  przez wyrób\*** | **Warunki przechowywania\*** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta\*** | **Producent, kraj\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  | Folia chirurgiczna operacyjna  40 cm x 42 cm jałowa | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność…… |  |  |
|  | Folia chirurgiczna operacyjna  45 cm x 55 cm jałowa | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Folia chirurgiczna operacyjna  56 cm x 84 cm jałowa | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice lateksowe (zabiegowe)  rozm. S a 100 szt. | op. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice lateksowe (zabiegowe)  rozm. M a 100 szt. | op. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice lateksowe (zabiegowe)  rozm. L a 100 szt. | op. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice lateksowe (zabiegowe)  rozm. XL a 100 szt. | op. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice sterylne  (chirurgiczne) nr 7 | para |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Rękawice sterylne  (chirurgiczne) nr 8 | para |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |

| **Lp.** | **Nazwa wyrobu medycznego** | **Jm.** | **Ilość wyrobu., którą Oferent  może objąć usługą przechowywania i wymiany** | **Ilość wyrobu  w opakowaniu  zbiorczym\*** | **Maksymalna ilość opakowań zbiorczych wyrobu  na jednej palecie\*** | **Ilość palet zajmowanych  przez wyrób\*** | **Warunki przechowywania\*** | **Okres ważności wyrobu w miesiącach określony przez producenta\*** | **Producent, kraj\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  | Gaza jałowa – gaza wyjałowiona pow. 1 m² a’25 | op. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność…… |  |  |
|  | Lignina (wata celulozowa) w arkuszach  (1 arkusz = 5 kg) | arkusz |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska elastyczna  5 m x 10 cm | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska elastyczna  4 m x 15 cm | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska gipsowa 3 m x 10 cm szybkowiążąca (czas wiązania 3 min) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska gipsowa 3 m x 10 cm wolnowiążąca(czas wiązania 5-6 min) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska gipsowa 4 m x 15 cm wolnowiążąca (czas wiązania 8-12 min.) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Opaska gipsowa 3 m x 15 cm szybkowiążąca (czas wiązania 3 min.) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Plaster chirurgiczny/ Przylepiec/ Taśma o szerokości 2,5 cm (1 szt. = 10 metrów) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |
|  | Plaster chirurgiczny/ Przylepiec/ Taśma o szerokości 5 cm (1 szt. = 10 m) | szt. |  |  |  |  | Temperatura…….  Wilgotność……… |  |  |

*\*dane winny dotyczyć wyrobu medycznego, który będzie objęty usługą przechowywania i wymiany u Oferenta, po pierwszej wymianie.*

**Wynagrodzenie za usługę przechowania wyrobów wymienionych w Zadaniu nr 2 wraz z dokonywaniem wymiany w magazynie Oferenta zlokalizowanym na terenie południowej Polski przez okres od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2027 r.**

Tabela 2B

| **Lp.** |  | **Wartość bez podatku VAT  w zł** | **Stawka VAT w %** | **Wartość z podatkiem VAT  w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Wynagrodzenie za usługę przechowywania i wymiany wyrobów medycznych wymienionych w Zadaniu nr 2, przez okres od dnia 01.01.2025 r. do dnia 31.12.2027 r. (wraz z kosztami przemieszczenia wyrobów z magazynu, w którym przechowywane  są aktualnie produkty do magazynu Oferenta). |  |  |  |

**Oferent oświadcza, że:**

1. Wyroby medyczne będą przechowywane w magazynie ……………………………………..…….…………………………………………..…….. woj. ……………………….............…

(adres)

Prawo do dysponowania magazynem, w którym przechowywane będą wyroby (np. magazyn własny (własność spółki), umowa najmu, umowa dzierżawy itp.):

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

1. Pracownicy, którzy uczestniczą w realizacji umowy są zatrudnieni zgodnie z przepisami określonymi w Kodeksie pracy.

*\* niepotrzebne skreślić*

………………………………………………………………………….

podpis osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta