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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane** | **Informacja** |
|  | Nazwa Oferenta  |  |
|  | Adres Oferenta |  |
|  | Telefon |  |
|  | E-mail |  |
|  | Zapewniamy bezpieczeństwo danych osobowych zgodnie z przepisami *o ochronie danych osobowych* | TAK / NIE\* |
|  | Spełniamy wymogi ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. *o ochronie informacji niejawnych* w aktualnie obowiązującym brzmieniu. | TAK / NIE**\*** |
|  | 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)** |  |
|  | 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)** |  |
|  | 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)**  |  |
|  | 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 postępowania 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. |  |
|  | Adres Oferenta, na który Agencja prześle warunki postępowania |  |

*\* niepotrzebne skreślić*

Proszę o podanie danych dotyczących produktów zgodnie z poniższą tabelą:

1. **Dostawa** **środków do dezynfekcji w asortymencie i ilości określonych w Tabeli nr 1, w tym produktów do dozowania środków dezynfekcyjnych określonych w Tabeli nr 1 poz. 3 - 4 (dalej zwanych "produktami"), za wynagrodzeniem ustalonym pomiędzy Stronami w wyniku negocjacji.**

**Planowany termin dostawy do dnia 13.12.2024 r.**

**Tabela nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Nazwa handlowa produktu, pojemność opakowania** | **Jm.** | **Ilość op. jednostkowych proponowanych przez Oferenta** | **Cena jednostkowa z podatkiem VAT w zł** | **Wartość z podatkiem VAT w zł** | **Stawka VAT w %** | **Okres ważności określony przez producenta** **w miesiącach**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  | **Środek do dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego i/lub małych powierzchni gotowy do bezpośredniego użycia** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Środek do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk i skóry gotowy do bezpośredniego użycia w op. po 500 ml** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dozownik ścienny do opakowań dostosowany do środka do dezynfekcji rąk do op. po 500 ml** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pompka dozująca dostosowana do środka do dezynfekcji rąk do op. po 500 ml** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Środek do dekontaminacji osób** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Nadmanganian potasu (KMnO4)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wodorotlenek sodu (NaOH)** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Środek do dekontaminacji powierzchni i sprzętu** |  |  |  |  |  |  |  |

**Ogółem wartość zamówienia:**

Wartość zakupu (z podatkiem VAT): ……………………………………….. zł.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA DLA PRODUKTÓW WYMIENIONYCH W TABELI nr 1.**

Wymagania do produktu z poz. nr 1.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Opis przedmiotu Zamówienia** | **Spełnia (TAK) / Nie spełnia (NIE)** | **Uwagi**  |
| **Środek do dezynfekcji narzędzi, sprzętu medycznego i/lub małych powierzchni o szerokim spektrum działania: B, F, S, Tbc, V** | 1. Środek do dezynfekcji gotowy do bezpośredniego użycia. |   |  |
| 2. Szybko działający |   |  |
| 3. Łatwy w użyciu |   |  |
| 4. Szerokie spektrum działania: B, F, S, Tbc, V |   |  |
| 5. Spektrum, o którym mowa w pkt 4 winno być potwierdzone wynikami odpowiednich badań |   |  |
| 6. Możliwość użycia środka do dezynfekcji narzędzi chirurgicznych, sprzętu medycznego i/lub małych  powierzchni np. endoskopów |   |  |
| 7. Jest wyrobem medycznym / produktem biobójczym. |   | *Proszę podać czym jest środek oraz jakie środek posiada pozwolenie:* |
| 8. Posiada deklarację zgodności EC/CE/WE wraz z certyfikatami jednostki notyfikowanej / pozwolenie na  obrót produktem biobójczym. |   |  |
| 9. Posiada kartę substancji niebezpiecznej /kartę charakterystyki produktu |   |  |

Wymagania do produktu z poz. nr 2.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Opis przedmiotu Zamówienia** | **Spełnia (TAK) / Nie spełnia (NIE)** | **Uwagi**  |
| **Środek do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk i skóry, gotowy do bezpośredniego użycia, szybkodziałający o szerokim spektrum aktywności biobójczej** | 1. Środek do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji:  |   |  |
|  a) rąk |   |  |
|  b) skóry |   |  |
| 2. Gotowy do bezpośredniego użycia, w opakowaniach jednostkowych po 500 ml, szybkodziałający,  posiadający szerokie spektrum działania aktywności biobójczej. |   |  |
| 3. Preparat szybko wysychający.  |   |  |
| 4. Substancje czynne: alkohole. |   |  |
| 5. Substancje pomocnicze o właściwościach pielęgnujących – nawilżające i natłuszczające. |   |  |
| 6. Zapewnione stosowanie bez rozcieńczenia. |   |  |
| 7. Stabilność temperatury min. od 00 C do + 250 C (*należy* *rozumieć jako określenie zakresu temperatur w  jakim środek może zostać skutecznie użyty zgodnie ze swoim przeznaczeniem).* |   | *Proszę podać zakres temperatury:* |
| 8. Posiada szerokie spektrum działania: mikrobójcze –  bakterie (w tym: MRSA, Tbc,), grzyby, wirusy (w tym min.  grypy – włącznie z H5N1, Adeno, Herpes, Rota, HBV,  HCV, HIV). | MRSA |  |  |
| Tbc |  |  |
| Grzyby |  |  |
| Wirus grypy |  |  |
| H5N1 |  |  |
| Adeno |  |  |
| Herpes |  |  |
| Rota |  |  |
| HBV |  |  |
| HCV |  |  |
| HIV |  |  |
| 9. Spektrum, o którym mowa w pkt 8 winno być potwierdzone wynikami odpowiednich badań *(należy przyjąć,  że preparat wykazuje skuteczność wobec spektrum wymienionego w pkt 8, jeżeli spełnia wymagania norm  wydanych przez Polski Komitet Normalizacyjny dot. środków do higienicznej i chirurgicznej dezynfekcji rąk  dla określonych w tych normach organizmów testowych).* |   |  |
| 10. Czas zastosowania: |  | *Proszę podać czas w jakim produkt osiąga skuteczność działania w zakresie spektrum, o którym mowa w pkt. 8 niniejszej tabeli:* |
|  a) dezynfekcja higieniczna rąk – 30 sek. |  |  |
|  b) dezynfekcja chirurgiczna rąk – 3 min. |  | *Proszę podać jakie produkt posiada pozwolenie:* |
| 11. Posiada pozwolenie na obrót produktem biobójczym / produktem leczniczym. |  | *Proszę podać jaką produkt posiada kartę:* |
| 12. Posiada kartę charakterystyki niebezpiecznej substancji chemicznej / kartę charakterystyki produktu. |  |  |

Wymagania do produktu z poz. nr 3.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Opis przedmiotu Zamówienia** | **Spełnia (TAK) / Nie spełnia (NIE)** | **Uwagi**  |
| **Dozownik ścienny** | 1.Dedykowany do dozowania preparatów do dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rąk (wielkość dozownika  musi być dostosowana do opakowań po 500 ml). |  |  |
| 2. Wykonany z trwałego materiału |  |  |
| 3. Łatwy w utrzymaniu czystości (może być poddawany dekontaminacji w myjce dezynfekującej) |  |  |

Wymagania do produktu z poz. nr 4.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Opis przedmiotu Zamówienia** | **Spełnia (TAK) / Nie spełnia (NIE)** | **Uwagi**  |
| **Pompka dozująca**  | Wielkość pompki dozującej musi być dostosowana do wielkości opakowania jednostkowego środka do dezynfekcji higienicznej i chirurgicznej rąk po 500 ml, o którym mowa w Tabeli nr 1 oraz w Tabeli nr 2 poz. 2 |  |  |

Wymagania do produktu z poz. nr 5.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asortyment** | **Opis przedmiotu Zamówienia** | **Spełnia (TAK) / Nie spełnia (NIE)** | **Uwagi**  |
| **Środek do dekontaminacji osób**  | 1. Środek do dekontaminacji osób zarejestrowany jako produkt leczniczy, gotowy do bezpośredniego użycia. |  |  |
| 2. Posiada pozwolenie na dopuszczenie do obrotu. |  |  |
| 3. W opakowaniach jednostkowych od 500 ml do 10.000 ml. |  |  |
|  | 4. Przeznaczony do dekontaminacji osób skażonych czynnikami biologicznymi. |  |  |
|  | 5. Nie zawiera substancji drażniących i uszkadzających skórę i włosy. |  |  |
|  | 6. Redukuje liczbę mikroorganizmów. |  |  |

 **Oferent oświadcza, że:**

1. Dostawa produktu/produktów\* zostanie zrealizowana w terminie - **do dnia 22.12.2024 r.**
2. Produkt/produkty\* będzie/będą\* posiadał/posiadały\* w dniu dostawy do upływu terminu ważności **nie mniej niż 80 % okresu ważności określonego przez jego producenta.**
3. Transport produktów musi być zgodny z postanowieniami Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych - ADR: **TAK / NIE**\*

\* niepotrzebne skreślić

………………………………………….……………………………..

podpis osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta