**Załącznik nr 2 do SWZ**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ..........................................................................................................

Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

e-mail ..........................................................................................................

Miejsce i numer rejestracji lub wpisu do ewidencji .........................................................................................

nr REGON ............................................................................................................

nr NIP ............................................................................................................
Nr konta Wykonawcy: ….........................................................................................................

Imię i nazwisko osoby do kontaktu ze strony Wykonawcy:……………......................, tel.: ……………………

**Do:** **Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

 ul. Fredry 10, 61-701 Poznań

 **e-mail** **dzp@ump.edu.pl**

Odpowiadając na ogłoszenie o **zamówieniu publicznym** na **wyłonienie kadry dydaktycznej
do przeprowadzenia zajęć z superwizji na kursie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży dla grupy nr 1 i grupy nr 2 (z podziałem na 20 części), w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00 (US/TPb-7/23), procedowanym
w trybie podstawowym** **w wariancie - wybór najkorzystniejszej oferty bez przeprowadzenia negocjacji,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **część** | **Nazwa: Przeprowadzenie zajęć z Superwizji na kursie z Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży** | **Cena brutto za godzinę lekcyjną** | **Ilość godzin lekcyjnych** | **Wartość brutto (ilość godzin x cena za godzinę lekcyjną brutto)** |
| 1  | **grupa 1 - termin 22.04.2023** |  **………zł** | **8** |  **…….…………zł** |
| 2 | **grupa 1 - termin 23.04.2023** | **………zł** | **8** | **…………..……zł** |
| 3 | **grupa 1- termin 20.05.2023** | **………zł** | **8** | **….……………zł** |
| 4 | **grupa 1 - termin 21.05.2023** | **………zł** | **8** | **….……………zł** |
| 5 | **grupa 1 - termin 24.06.2023** | **………zł** | **8** | **….……………zł** |
| 6 | **grupa 1 - termin 25.06.2023** | **………zł** | **8** | **…….…………zł** |
| 7 | **grupa 1 - termin 09.09.2023** | **………zł** | **8** | **…….…………zł** |
| 8 | **grupa 1 - termin 10.09.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 9 | **grupa 1 - termin 23.09.2023** | **………zł** | **10** | **……….………zł** |
| 10 | **grupa 1 - termin 24.09.2023** | **………zł** | **10** | **………….……zł** |
| 11 | **grupa 2 - termin 29.04.2023** | **………zł** | **8** | **……….………zł** |
| 12 | **grupa 2 - termin 30.04.2023** | **………zł** | **8** | **………….……zł** |
| 13 | **grupa 2 - termin 13.05.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 14 | **grupa 2 - termin 14.05.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 15 | **grupa 2 - termin 27.05.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 16 | **grupa 2 - termin 28.05.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 17 | **grupa 2 - termin 17.06.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 18 | **grupa 2 - termin 18.06.2023** | **………zł** | **8** | **………………zł** |
| 19 | **grupa 2 - termin 16.09.2023** | **………zł** | **10** | **………………zł** |
| 20 | **grupa 2 - termin 17.09.2023** | **………zł** | **10** | **………………zł** |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
3. Zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z tym projektem.
4. Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom**\***:

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

1. Oświadczamy, że jesteśmy\*:

**mikroprzedsiębiorstwem** - tak □ nie □

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR

**małym przedsiębiorstwem** - tak □ nie □

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

**średnim przedsiębiorstwem** - tak □ nie □

Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwamii które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR *lub* roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR

Powyższa informacja ma charakter wyłącznie informacyjny i służy dla celów statystycznych.

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się
o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
2. Integralną częścią oferty są:
	1. .....................................................................................................
	2. ....................................................................................................
3. Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego**1** : tak □ nie □

………………………………………………………………………………………………………………………………(wypełnić jeśli dotyczy - podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**1** *jeżeli Wykonawca powołuje się na zasoby podmiotu trzeciego należy wraz z ofertą przedłożyć oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu lub kryteriów selekcji, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, stosownie do treści art. 125 ust.5 Ustawy pzp.*

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 2A do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

**ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………
*(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**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 **na wyłonienie kadry dydaktycznej
do przeprowadzenia zajęć z superwizji na kursie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży dla grupy nr 1 i grupy nr 2 (z podziałem na 20 części), w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00 (US/TPb-7/23),** oświadczam,
co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
3. 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).

 …………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

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 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku
z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

 …………………..*(miejscowość),*dnia……………….r.

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania
o udzielenie zamówienia.

 …………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.
\*(**wypełnić, jeśli dotyczy albo skreślić**)

**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.

 ………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

**Wymagane w przypadku podmiotów mających siedzibę za granicą**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych
i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*Oświadczenie należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

osób/-y uprawnionych/-ej

\***Należy wypełnić odpowiednie pola, pozostałe pola niewypełnione należy wykreślić przed złożeniem podpisu!**

**Załącznik nr 2B do SWZ**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:** ………………………………………………….

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …………………………………

 *(imię, nazwisko, stanowisko podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **wyłonienie kadry dydaktycznej
do przeprowadzenia zajęć z superwizji na kursie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży dla grupy nr 1 i grupy nr 2 (z podziałem na 20 części), w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00 (US/TPb-7/23),** z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 18.1 SWZ.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 4 do SWZ**

............................................. ................................

(Nazwa i adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na wyłonienie kadry dydaktycznej
do przeprowadzenia zajęć z superwizji na kursie z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży dla grupy nr 1 i grupy nr 2 (z podziałem na 20 części), w ramach projektu pn. „Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” POWR. 05.04.00-00-0177/19-00 (US/TPb-7/23),** oświadczam, że:

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej **\*)**
2. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ ofertę częściową **\*)**
3. Należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **\*)**

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty/oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

**\*) - niepotrzebne skreślić przed złożeniem podpisu**

*Oświadczenie należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

 osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**(wg § 9 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra rozwoju, pracy i technologii z dnia 23 grudnia 2020r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń,
jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych, uprawnień i wykształcenia, o których mowa w pkt. 18.1 ppkt. 4 lit. a) SWZ** **wykazywane na potrzebę spełnienia warunków udziału w postępowaniu,** UWAGA: Należy dokładnie opisać kwalifikacje posiadane przez wskazane osoby – uwzględniając wszelkie aspekty konieczne dla weryfikacji spełniania warunków udziału w  postępowaniu. | **Podstawa do dysponowania osobą** | **Doświadczenie, o którym mowa w pkt. 18.1 ppkt. 4 lit. b) c) i d) SWZ - wykazywane na potrzebę spełnienia warunku udziału w postępowaniu**UWAGA: Należy dokładnie opisać doświadczenie posiadane przez wskazane osoby – uwzględniając wszelkie aspekty konieczne dla weryfikacji spełniania warunków udziału w postępowaniu. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

*Oświadczenie należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym*

osób/-y uprawnionych/-ej