**Załącznik nr 2**

 **OFERTA**

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 przetargu nieograniczonym na **wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2019 i 2020 rok pięciu szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym (PN-72/19),** oferujemy przyjęcie
do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

* + - 1. **Oferujemy wykonanie zamówienia za kwotę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Szpital** | **Cena netto** | **Podatek VAT** | **Cena brutto** |
| *Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UMP* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |
| *Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UMP* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |
| *Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UMP* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |
| *Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. W. Degi UMP* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |
| *Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UMP* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |
| **Suma brutto:** |  |

* + - 1. Oświadczamy, że osoby skierowane do realizacji zamówienia wykonały w okresie 10 lat przed terminem składania ofert następującą liczbę badań sprawozdania finansowego podmiotów leczniczych\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba skierowana do realizacji zamówienia | Ilość sprawozdań wykonanych w okresie 10 lat przed terminem składania ofert: (należy wpisać ilość) |
| Biegły nr 1  |  |
| Biegły nr 2 |  |
| Biegły nr 3 |  |
| Biegły nr 4 |  |
| Biegły nr 5 |  |
|  Suma sprawozdań: |  |

* + - 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
			2. Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie następujących towarów: .................................................................................\*

(wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie
z przepisami o podatku od towarów i usług).

* + - 1. Termin płatności – zgodnie z projektem umowy.
			2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
			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 przedsiębiorstwami i 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:

11.1…………………………………………………………………………strona ......... oferty,

* 1. .................................................................................................... strona ......... oferty,

……….............................................. podpisy osób/-y uprawnionych/-ej

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

**Załącznik nr 2A**

**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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2019 i 2020 rok pięciu szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym (PN-72/19)** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp.
4. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 4 ustawy Pzp.

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

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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam,
że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: …………………………………………………………………………

……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

(**wypełnić, jeśli dotyczy**) …………………………………………
 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu,
tj.: ……………………………………………… *(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**) …………………………………………
 *(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 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**) …………………………………………
 *(podpis)*

**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.

 …………………………………………

 *(podpis)*

Załącznik nr 2B

 **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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **wybór firmy audytorskiej do badania rocznych sprawozdań finansowych za 2019 i 2020 rok pięciu szpitali klinicznych, dla których Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu jest podmiotem tworzącym (PN-72/19)** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w pkt 7.2 SIWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału
w postępowaniu)*.

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

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt 7.2 SIWZ *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………………..

..…………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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

**(wypełnić, jeśli dotyczy)**

 …………………………………………

*(podpis)*

**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.

 …………………………………………

*(podpis)*