**Nr sprawy: ZP/32/2021 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i siedziba Wykonawcy

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

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

Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):

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

Nr tel: ................................... e-mail: ................................................

REGON: ……………………………………….. NIP: ………………………………….

Do: **UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI Al. Kościuszki 4**

Nawiązując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych:

***Dostawa produktów leczniczych i produktów uzupełniających***

***do badania klinicznego „Prospektywne, randomizowane otwarte badanie kliniczne III fazy z zaślepieniem oceny punktu końcowego oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania cyklosporyny i metotreksatu u dzieci i młodzieży z atopowym zapaleniem skóry o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego”***

oferujemy wykonanie zamówienia wg kryteriów:

**Kryterium nr 1 – cena**

**Kryterium nr 2 – skrócenie terminu dostaw cząstkowych**

**Kryterium nr 1 cena:**

**Cena netto:…………….. +VAT…%**

**Cena brutto:………………….**

**Słownie brutto:………………………..**

**W tym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **produkt leczniczy/produkt uzupełniający** | **nazwa handlowa** | **producent** | **liczba opak.** | **cena netto**  **za op.** | **wartość netto** | **VAT** | **wartość brutto** |
| Cyklosporyna (CsA) w formie roztworu doustnego, 50 ml. |  |  | 708 |  |  |  |  |
| Metotreksat (MTX) w formie roztworu doustnego, 60 ml |  |  | 620 |  |  |  |  |
| takrolimus w formie maści o stężeniu 1 mg/g, 30 g |  |  | 282 |  |  |  |  |
| takrolimus w formie maści o stężeniu 0,3 mg/g, 30 g |  |  | 1126 |  |  |  |  |
| emolient w formie kremu, zawierający w składzie: glicerynę, parafinę i wazelinę,  500 g |  |  | 12 000 |  |  |  |  |
| kwas foliowy, o mocy 15 mg w formie tabletek, opak. po 30 szt. |  |  | 258 |  |  |  |  |
| mometazon w formie maści o stężeniu 1 mg/g, 100 g |  |  | 472 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | razem |  |  |  |

**Kryterium nr 2 Skrócenie terminu dostaw cząstkowych :**

**Oferujemy:**

**1. brak skrócenia terminu realizacji \***

**2. skrócenie terminu realizacji dostaw cząstkowych do 5 dni roboczych\***

**3. skrócenie terminu realizacji dostaw cząstkowych do 3 dni roboczych\***

**\* niepotrzebne skreślić**

**UWAGA:**

**Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia bądź wykona nieczytelne skreślenie Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje wartości wskazane w pkt. 1**

1. Termin płatności: zgodnie z zapisami wzoru umowy.
2. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy;
3. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
4. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
5. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1;
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych - opisaną w paragrafie 20 SWZ.
7. Oświadczam, że jestem **(niepotrzebne skreślić)**:

* mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR)
* małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR)
* średnim przedsiębiorstwem(to 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).

1. **Podwykonawcom zamierzam powierzyć poniżej wymienione części zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy  (jeżeli jest to wiadome, należy podać dane proponowanych podwykonawców) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy**