**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 w Poznaniu**

ul. Fredry 10, 61-701 Poznań,  **e-mail** [dzp@ump.edu.pl](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **Dostawa z wniesieniem i uruchomieniem aparatury specjalnej na potrzeby Centrum Innowacyjnej Technologii Farmaceutycznej wraz   
z przeszkoleniem personelu w podziale na 5 części (PN-22/24)** procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia za kwotę i na następujących warunkach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | | | **Ilość sztuk** | **Cena netto  za sztukę (PLN)** | **Wartość netto (PLN)**  **(3x4)** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (PLN)**  **(5x6)** | |
|
| **1** | **2** | | | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | |
| **1** | **Analizator do tromboelastometrii** | | | 1 | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **2** | **Reometr** | | | 1 | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **3** | **Spektrofotometr do badania endotoksyn** | | | 1 | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **4** | **Homogenizator** | | | 1 | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **5** | **Mikroskop Ramana** | | | 1 | \_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_,\_\_\_ zł | …........% | \_\_\_\_,\_\_\_ zł | |
| **Podać zgodnie z pkt. 15 SWZ** | | | | | | |
| **Gwarancja - część 1 i 4 – min. 24 miesiące, część 2 – min. 36 miesięcy,**  **część 3 i 5 – min. 12 miesięcy** | | | | | | |
| Cz. 1 | … miesiące | | | | | |
| Cz. 2 | …. miesiące | | | | | |
| Cz. 3 | …. miesiące | | | | | |
| Cz. 4 | …. miesiące | | | | | |
| Cz. 5 | …. miesiące | | | | | |

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. 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. 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. Integralną częścią oferty są:
   1. .....................................................................................................
   2. .....................................................................................................
2. 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.*

***\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej