**Załącznik nr 2**

**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**](mailto:dzp@ump.edu.pl)

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym na **dostawę urządzeń medycznych montowanych trwale do budynku dla Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego w Poznaniu - centrum medycyny interwencyjnej - (etap I CZSK) w zakresie Modułów 1 i 2a wraz z montażem (PN-7/22**), procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa netto (EUR)** | **Wartość netto (liczba sztuk \* cena jednostkowa netto)** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (EUR)** |
| **Angiograf z funkcją śródoperacyjnej tomografii stożkowej CT** | **1** | \_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **System planowania do zabiegów neurochirurgicznych** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Kolumna anestezjologiczna z windą** | **19** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Kolumna chirurgiczna z ramieniem pod monitor** | **23** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Kolumna pojedyncza jednostanowiskowa** | **7** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Kolumna pojedyncza dwustanowiskowa** | **24** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Lampa operacyjna** | **19** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Lampa sufitowa operacyjno-zabiegowa** | **2** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Lampa zabiegowa** | **16** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Most medyczny jednostanowiskowy** | **21** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Most medyczny dwustanowiskowy** | **2** | \_\_\_\_\_,\_\_ eur | \_\_\_\_\_,\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ eur |
| **Most medyczny trzystanowiskowy** | **10** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_\_,\_\_eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_ eur |
| **RTG stacjonarne PREMIUM** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_\_\_,\_\_eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Kolumna płuco serce** | **1** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_\_\_,\_\_eur | …........% | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Myjnia do kaczek i basenów** | **23** | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | \_\_\_\_,\_\_\_ eur | …........% | \_\_\_\_\_\_,\_\_\_ eur |
| **Razem wartość oferty:** | | | | |  |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. **Ponadto oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:**

**Okres gwarancji** (w pełnych miesiącach, min. 24 miesiące)**…………**

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
2. 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.
3. 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.*

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

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

osób/-y uprawnionych/-ej