

**Nr sprawy: ZP/142/2024**

**załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi**  **Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**  **FORMULARZ OFERTY**  w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 pkt 1) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych:  **Dostawa Mikroskopu odwróconego dla Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** |
| **Dane Wykonawcy:**  Wykonawca/Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………  NIP ……………………………………… REGON ……………………………………………..  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: .……………………………………..…………………………………  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem: e-mail ……………………………………………………………… tel: ……………………………………………  Nr rachunku bankowego Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………….. |
| **Pakiet 1**   * 1. **kryterium 1 – cena - waga 70%:**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 szt.** | **VAT%** | **Cena brutto za 1 szt.** | | **1.** | **Mikroskop odwrócony – 1 szt.** |  |  |  | | **Razem:** | |  |  |  | |   słownie złotych brutto: ………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **B. kryterium 2 – Parametry jakościowe - waga 20%:**  **Mikroskop odwrócony – 1 szt.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Aplikacja do wykonywania pomiarów morfometrycznych na obrazie umożliwiający filtrowanie obrazu, tworzenie maski obrazu, wybór pomiarów oraz eksport wyników** | **TAK** | **NIE** | |  |  |   ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru* - Aplikacji do wykonywania pomiarów morfometrycznych na obrazie umożliwiający filtrowanie obrazu, ustawianie zakresów intensywności (Treshold), tworzenie maski obrazu, wybór pomiarów oraz eksport wyników** |
| **C. Kryterium nr 3 – przeprowadzenie drugiego pełnego szkolenia po trzech miesiącach od uruchomienia systemu- waga 5%**  **Mikroskop odwrócony – 1 szt.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **przeprowadzenie szkolenia - przyznane punkty: 5 pkt**  **brak przeprowadzenia szkolenia – 0 pkt** | **TAK** | **NIE** | |  |  |   ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru przeprowadzenie drugiego pełnego szkolenia po trzech miesiącach od uruchomienia systemu***  **D. Kryterium nr 4 - Czas reakcji serwisu w ciągu 48 godzin od zgłoszenia - waga 5%**  **Mikroskop odwrócony – 1 szt.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **reakcja serwisu w ciągu 48 godzin od zgłoszenia - przyznane punkty 0 pkt**  **reakcja serwisu w ciągu 24 godzin od zgłoszenia - przyznane punkty: 5 pkt** | **TAK** | **NIE** | |  |  |   ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje parametru skrócenia terminu reakcji serwisu w ciągu 24 godzin od zgłoszenia***  **Oświadczenia:**   1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy; 2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1; 5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**   *(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy | |  |  |  | |  |  |  |  1. Oświadczam, że **(Odpowiednie zaznaczyć „X”)**:  |  |  | | --- | --- | |  | Jestem mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) | |  | Jestem małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) | |  | Jestem 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). | |  | Jestem dużym przedsiębiorstwem, | |  | Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą. |   8) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią „Klauzuli Informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych” zamieszczonej w rozdziale 20. SWZ.  **C. Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**   1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy   jest ..............................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................……………….. |
| **D. Spis treści:**  Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. .......................................................................................................................................... 2. .......................................................................................................................................... 3. .......................................................................................................................................... 4. .......................................................................................................................................... 5. .......................................................................................................................................... 6. .......................................................................................................................................... |

**Formularz musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**