**Nr sprawy: ZP/45/2023 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i siedziba Wykonawcy

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

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

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

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

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

REGON\*: ……………………………………….. NIP\*: ………………………………….

(\* - jeżeli dotyczy)

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

Nawiązując do przetargu w trybie podstawowym o wartości poniżej 214.000 euro na podstawie art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą PZP” na usługi pn.:

**Świadczenie usługi fizjoterapeutycznej i lekarskiej w fazie eksperymentu medycznego**

*w ramach projektu   
„VRneck SOLUTION – Innowacyjny system do diagnostyki, terapii i treningu zaburzeń funkcjonalnych i uszkodzeń części szyjnej i szyjno-piersiowej kręgosłupa”*

oferujemy wykonanie zamówienia:

**Informacja dla Wykonawcy:**

1. **W przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą przy sporządzeniu oferty należy uwzględnić wszelkie koszty niezbędne do prawidłowej i pełnej realizacji zamówienia, m.in. koszty dojazdu do miejsca realizacji przedmiotu umowy. W stawce godzinnej brutto należy uwzględnić podatek VAT w należnej wysokości.**
2. **W przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej przy sporządzeniu oferty należy uwzględnić wszelkie koszty niezbędne do prawidłowej i pełnej realizacji zamówienia, m.in. koszty dojazdu do miejsca realizacji przedmiotu umowy. W stawce godzinowej brutto uwzględnić należy opłaty o charakterze publicznym, takie jak składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz inne przewidziane prawem narzuty na wynagrodzenie o ile wystąpią po stronie Zamawiającego, w przypadku i w wysokości prawem przewidzianym. Na dzień ogłoszenia postępowania, stawki ZUS odprowadzane przez Zamawiającego wynoszą 19,64% od wynagrodzenia brutto, w przypadku osób, które nie osiągają minimalnego wynagrodzenia**

**Pakiet I**

**Kryterium nr 1: Cena (60%).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za 1 godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | Usługa lekarza w trakcie eksperymentu medycznego realizowanego w Ośrodku Profilaktyki i Rehabilitacji CREATOR, ul. M. Kopernika 55a, 90-553 Łódź |  | 617,5 |  |

**Kryterium nr 2:** **Kryterium jakościowe – kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (40%).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada doświadczenie co najmniej 1 roku jako specjalista rehabilitacji medycznej. | TAK\* | NIE\* |

\*Nieodpowiednie skreślić

**Pakiet II**

**Kryterium nr 1: Cena (60%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za 1 godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | Usługa lekarza w trakcie eksperymentu medycznego realizowanego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251 |  | 190 |  |

**Kryterium nr 2:** **Kryterium jakościowe – kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (40%).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada doświadczenie co najmniej 1 roku specjalista rehabilitacji medycznej. | TAK\* | NIE\* |

\*Nieodpowiednie skreślić

**Pakiet III**

**Kryterium nr 1: Cena (60%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za 1 godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | Usługa lekarza w trakcie eksperymentu medycznego realizowanego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, 92-213 Łódź, ul. Pomorska 251 |  | 142,5 |  |

**Kryterium nr 2:** **Kryterium jakościowe – kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (40%).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada doświadczenie co najmniej 1 roku specjalista rehabilitacji medycznej. | TAK\* | NIE\* |

\*Nieodpowiednie skreślić

**UWAGA:**

|  |
| --- |
| **Wykonawca może złożyć ofertę tylko w odniesieniu do jednej części zamówienia - jednego Pakietu – dotyczy Pakietów IV oraz V – Usługa fizjoterapeuty** |

**Pakiet IV**

**Kryterium nr 1: Cena (60%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za 1 godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | Usługa fizjoterapeuty w trakcie eksperymentu medycznego realizowanego w Ośrodku Profilaktyki i Rehabilitacji CREATOR, ul. M. Kopernika 55a, 90-553 Łódź |  | 513,75 |  |

**Kryterium nr 2:** **Kryterium jakościowe – kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (40%).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada  ukończony kurs oraz doświadczenie co najmniej 1 roku w pracy w terapii manualnej wg koncepcji Kaltenborna – Evjentha. | TAK\* | NIE\* |

\*Nieodpowiednie skreślić

**Pakiet V**

**Kryterium nr 1: Cena (60%)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  **za 1 godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto** |
| 1 | Usługa fizjoterapeuty w trakcie eksperymentu medycznego realizowanego w Ośrodku Profilaktyki i Rehabilitacji CREATOR, ul. M. Kopernika 55a, 90-553 Łódź |  | 513,75 |  |

**Kryterium nr 2:** **Kryterium jakościowe – kwalifikacje zawodowe i doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia (40%).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba wyznaczona do realizacji zamówienia posiada  ukończony kurs oraz doświadczenie co najmniej 1 roku w pracy w terapii manualnej wg koncepcji Kaltenborna – Evjentha. | TAK\* | NIE\* |

\*Nieodpowiednie skreślić

**W przypadku odpowiedzi TAK, do oferty załączyć należy:** Certyfikat, dyplom lub inny dokument poświadczający ukończenie kursu w zakresie terapii manualnej wg koncepcji Kaltenborna – Evjentha.

1. Termin płatności: do 30 dni od daty otrzymania faktury/rachunku wystawianej raz na kwartał.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków zamówienia wraz z załącznikami, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik nr 4 do specyfikacji, został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
5. Akceptuję termin wykonania zamówienia określony w SWZ.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych - opisaną w Rozdziale 20 SWZ.
7. 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. |
|  | Nie prowadzę działalności gospodarczej. |

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

*(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Dotyczy wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia w zakresie warunku (wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia):**

Zgodnie z artykułem 117 ust. 4 oświadczam, że poszczególne usługi zostaną wykonane przez:

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca** | **Usług** |
| 1. |  |
| 2. |  |

1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**
2. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
3. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy

jest..............................................................................................................................

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