**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

Zarejestrowana nazwa firmy ………………………………........................................................

 Adres firmy .........................................................................................................

Nr telefonu ..........................................................................................................

Adres 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**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na **Dostawę systemów do chłodzenia ciała noworodków – 3 kpl., dla Kliniki Zakażeń Noworodków UMP, (PN-64/19),** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto za całość zamówienia** | **Termin realizacji zamówienia (max 28 dni kalendarzowych)** | **Gwarancja (min. 24 miesiące)** |
| **systemy do chłodzenia ciała noworodków – 3 kpl.**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_ zł |  …………… dni kalendarzowych |   ...……… miesięcy |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego
w zakresie następujących towarów: .................................................................................\*

 (wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług).

1. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SIWZ.
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. 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. 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. Integralną częścią oferty są:
	1. .................................................................................................... strona ......... oferty.
	2. .................................................................................................... strona ......... oferty.
	3. .................................................................................................... strona ......... oferty.
	4. .................................................................................................... strona ......... oferty.
	5. .................................................................................................... strona ......... oferty.

……….............................................. podpisy osób/-y uprawnionych/-ej

*miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***\*skreślić/zaznaczyć/wypełnić***

**Załącznik nr 2A**

**Zamawiający:**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego**

**ul. Fredry 10, 61-701 Poznań**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………
*(pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
 Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),
DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **systemów do chłodzenia ciała noworodków – 3 kpl., dla Kliniki Zakażeń Noworodków UMP (PN-64/19),**oświadczam,
co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. …………………………………
 *(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

…………………..*(miejscowość),*dnia……………….r. ………………………………………
 *(podpis)*
(**wypełnić, jeśli dotyczy**)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

(**wypełnić, jeśli dotyczy**) …………………………………………
 *(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: …………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.
(**wypełnić, jeśli dotyczy**) ………………….……………………
 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………. …………………………… *(podpis)*

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ

**System do chłodzenia całego ciała dla noworodków - 3 szt.**

**OPIS:**

**Urządzenia do leczenia metodą indukowanej hipotermii niedokrwiennego niedotlenienia mózgu u noworodków. Urządzenie do chłodzenia całego ciała noworodka i dzieci do 50 kg.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

| **Lp.** | **Minimalne funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane**  | **Parametry i warunki zaoferowane przez Wykonawcę****(należy uzupełnić wszystkie wymagane pola podając parametry oferowanego produktu)** |
| --- | --- | --- |
|  | Trzy tryby leczenia:**I. Pełny programowalny tryb leczenia:**1.szybkie schładzanie 2.Normoterapia -72 h 3.kontrolowane ogrzewanie –możliwość modyfikacji czasu i temperatur ustawień standardowych**II. Tryb stałego mierzenia temperatury rektalnej****III. Tryb materaca o stałej temperaturze** |  |
|  | Zakres nastawienia temperatury materacyka w granicach od 12ºC do 39ºC |  |
|  | Wyświetlacz temperatury nastawionej i aktualnej |  |
|  | Urządzenie wyposażone w alarm zbyt niskiej temperatury i zbyt wysokiej temperatury |  |
|  | Urządzenie wyposażone w alarm braku lub zaburzonego przepływu płynu chłodzącego/ogrzewającego.Alarm braku zasilania |  |
|  | Menu i komunikaty w języku polskim |  |
|  | Wymiary maksymalne380 x 220 x310 mm (szer. wys. gł.) |  |
|  | Waga – max 8 kg. |  |
|  |  Napięcie : 230 V, 50 Hz |  |
|  | Alarmy akustyczne i wizualne  |  |
|  | Przewody doprowadzające płyn chłodzący izolowane. |  |
|  | Stałość temperatury ± 0,3 ºCUstawienia temp. 0,1 C |  |
|  | Pojemność pamięci danych 2 GBWszystkie parametry programowane i mierzone |  |
|  | Wyświetlacz LCD , kolorowy, graficzny zapis temperatur docelowych i aktualnych oraz czas danego trybu terapii. Wykresy trendu temp. |  |
|  |  Medium chłodzące-woda destylowana |  |
|  | Komplety akcesoriów jednorazowego użytku niezbędnych do wykonania 3 terapii. Po zamontowaniu urządzenie gotowe do pracy |  |
|  | Zakres kontroli ciepłoty głębokiej ciała w zakresie 30-38 C |  |
|  | 2 wyjścia czujników -rektalny 10 sztuk-naskórny 1 sztuka wielorazowego użytku |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |