**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**

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 i laboratoryjnych przeznaczonych do Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z podziałem na 8 części (PN-59/22**), procedowanym w trybie przetargu nieograniczonego,oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

1. Zobowiązujemy się wykonać następujący przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia** | **ilość** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto**  **(3x4)** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | **Ciśnieniomierz pediatryczny z kompletem mankietów** | 22 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **2** | **Aparat wspierający oddech CPAP z dodatkową maską noworodkową** | 1 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **3** | **Pielęgniarska stacja centralnego monitorowania funkcji życiowych (2 sztuki) kompatybilna z 5 kardiomonitorami transportowymi oraz**  **z 1 kardiomonitorem neonatologiczno – pediatrycznym** | 1 kpl. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **4** | **Urządzenie do szczelnego zamykania odpadów cytotoksycznych** | 2 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **5** | **Procesor tkankowy** | 1 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **6** | **Mikrotom rotacyjny z wyposażeniem** | 1 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **7** | **Stanowisko do znieczulenia ogólnego z monitorem funkcji życiowych pacjenta 0-18 lat** | 1 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |
| **8** | **Aparat do ogrzewania i ochładzania pacjenta** | 1 szt. | \_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_,\_\_zł | ….....% | \_\_\_\_\_\_,\_\_ zł |

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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Okres gwarancji (podać zgodnie  z pkt. 15.1 SWZ)** | **Termin realizacji  (podać zgodnie z pkt. 15.1 SWZ)** |
| 1 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 2 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 3 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 4 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 5 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 6 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 7 | ……. miesięcy | …… tygodni |
| 8 | ……. miesięcy | …… tygodni |

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. 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. ....................................................................................................
   2. ....................................................................................................
3. 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