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**

Odpowiadając na ogłoszenie o zamówieniu publicznym pn. **Dostawa łóżek szpitalnych dla Oddziału Onkologii Dziecięcej, Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,** (**TPm-45/22)**, procedowanym w trybie podstawowym w wariancie - wybór najkorzystniejszej oferty z możliwością negocjacji**,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za poniższą kwotę:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr części** | **Przedmiot zamówienia / oferowany sprzęt**  | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto****(3x4)** | **Stawka VAT****(%)** | **Wartość brutto (zł)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | Łóżko szpitalne dla dzieci w wieku do 18 lat | 29 | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **2** | Łóżka dziecięce dla dzieci do 4 r.ż. - wzrost 140 cm | 17 | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |
| **3** | Łóżko noworodkowe | 1 | \_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | \_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł | …........%  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_ zł |

Oraz na następujących warunkach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gwarancja (należy podać w pełnych miesiącach - zgodnie z pkt. 15.1. SWZ)** | **Termin realizacji (należy podać w pełnych tygodniach - zgodnie z pkt. 15.1. SWZ)** | **Czas reakcji (należy podać w pełnych godzinach- zgodnie z pkt. 15.1. SWZ)** |
| …… miesięcy | …… tygodni | …… godzin |

1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w SWZ.
3. 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.
4. 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. ....................................................................................................
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 złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

**Załącznik nr 2A do SWZ**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
 Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

 **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **pn.** **Dostawa łóżek szpitalnych dla Oddziału Onkologii Dziecięcej, Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (TPm-45/22)** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia
13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 r., poz. 835).

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

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreślić**)

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. 108 ust. 1 pkt 1-6, lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………..

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

\*(**wypełnić, jeśli dotyczy lub skreslić**)

 *[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 462 ust. 5 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 lub skreslić**)

**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.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

**Wymagane w przypadku podmiotów mających siedzibę za granicą**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

\***Należy wypełnić odpowiednie pola, pozostałe pola niewypełnione należy wykreślić przed złożeniem podpisu!**

**Załącznik nr 2B do SWZ**

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa łóżek szpitalnych dla Oddziału Onkologii Dziecięcej, Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, (TPm-45/22)** z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oświadczam, że:

spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 18.1 SWZ.

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

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
 podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

 Załącznik nr 4 do SWZ

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

(Nazwa i adres wykonawcy) (miejscowość, data)

**Oświadczenie o przynależności do grupy kapitałowej**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym pn. **Dostawa łóżek szpitalnych dla Oddziału Onkologii Dziecięcej, Kliniki Hematologii, Onkologii i Transplantologii Pediatrycznej w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (TPm-45/22)** informuję, że:

1. Nie należę do żadnej grupy kapitałowej **\*)**
2. Nie należę do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ ofertę częściową **\*)**
3. Należę do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 275), z innym Wykonawcą, który złożył odrębną ofertę/ofertę częściową w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego: **\*)**

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie przekładam następujące dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty/oferty częściowej niezależnie od innego Wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej:

1)………………………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………

**\*) - niepotrzebne skreślić przed złożeniem podpisu**

Oświadczenie należy podpisać

kwalifikowanym podpisem elektronicznym

lub podpisem osobistym lub podpisem zaufanym

osób/-y uprawnionych/-ej

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ DOSTAW POTWIERDZAJĄCYCH OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA
W PKT 18.1. PPKT. 4 SWZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Data wykonania** | **Wartość** | **Podmiot na rzecz którego dostawy zostały wykonane/są wykonywane** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 (wg § 9 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra rozwoju, pracy i technologii z dnia 23 grudnia 2020 r.
w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy – Dz.U. z 2020r. poz. 2415)

 Miejscowość i Data

*Formularz należy złożyć w formie elektronicznej
 (kwalifikowany podpis elektroniczny)
 lub w postaci elektronicznej opatrzonej
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*