Zamówienie realizowane ze środków pochodzących z programu pn.: Realizacja Programu Rozwojowego
w zakresie Symulacji Medycznej w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu’’ - projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego, nr umowy
POWR.05.03.00-00-0005/15-00

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**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 przetargu nieograniczonym na **dostawę trenażerów na potrzeby Centrum Symulacji Medycznej PN- 19/20 ,** oferujemy przyjęcie do realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z SIWZ.

Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia za kwotę:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Cena jedn. netto (zł)** | **VAT****(zł)** | **Cena jedn. brutto** **(zł)** | **Wartość brutto (zł)****(5 x 2)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **1. Trenażer do iniekcji dożylnej.** | **4** |  |  |  |  |
| **2.Trenażer do konikotomii.** | **2** |  |  |  |  |
| **3.Trenażer do zgłębnikowania.** | **2** |  |  |  |  |
| **4.Trenażer do iniekcji śródskórnych.** | **4** |  |  |  |  |
| **5. Trenażer pediatryczny do nauki wkłucia lędźwiowego.** | **2** |  |  |  |  |
| **6.Trenażer do dostępu centralnego.** | **1** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty prawidłowego wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
2. Oświadczamy, że przedmiot zamówieniazostanie wykonany w nieprzekraczalnym terminie: **…………………..**

 **(maksymalnie do 8 tygodni, należy podać w pełnych tygodniach)**1. Na przedmiot zamówienia udzielamy gwarancji na okres (**należy podać w pełnych miesiącach - minimum 24 miesiące)** **……………………………**
2. Termin płatności zgodnie z projektem umowy załączonym do SIWZ.
3. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. 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.
5. **Następujący zakres przedmiotu zamówienia zamierzamy zlecić Podwykonawcom:**

|  |  |
| --- | --- |
| Część/zakres zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|  |  |
|  |  |

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:

9.1. …................................................................................................. 9.2. …................................................................................................. 9.3. …................................................................................................. *Formularz należy podpisać* *kwalifikowanym podpisem elektronicznym* podpisy osób/-y uprawnionych/-ej***\* Właściwe zaznaczyć****miejscowość, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |