**Nr sprawy: ZP/9/2021 Załącznik nr 1 do SIWZ - formularz oferty**

|  |
| --- |
| **Uniwersytet Medyczny w Łodzi**  **Al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź**  **OFERTA**  w postępowaniu o udzieleni zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na podstawie art. 275 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych na:  **Przeprowadzenie szkoleń w ramach projektu Centrum Symulacji Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi** |
| **Dane Wykonawcy:**  Wykonawca/Wykonawcy ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  REGON: …………………………… NIP ………………………………  Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: ………………………………………………………………………………  Nr telefonu: ………………………………………….  Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym  postępowaniem: e-mail ……………………………………………………………… |
| **Pakiet I**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** | | Szkolenie z zakresu: Ratownictwa przedszpitalnego w urazach |  | 12 |  |   słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………………  Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług. |
| 1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***   1. **Parametry jakościowe: Koło pediatryczne (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Koło pediatryczne* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***koła pediatrycznego.***   1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**   W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZ  Oświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z ratownictwa przedszpitalnego w urazach certyfikowanego, przez International Trauma Life Support w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:  Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….  Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….  Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:………………….  ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.***  **Wypisać:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | lp | Temat kursu | Termin | Odbiorca usługi | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |
| **Pakiet II**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** | | Szkolenie z zakresu:  Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych |  | 12 |  |   słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………………  Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.   1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***   1. **Parametry jakościowe: Plakaty szkoleniowe (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Plakaty szkoleniowe* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***plakatów szkoleniowych.***   1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**   W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZ  Oświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych certyfikowanych przez Polską Radę Resuscytacji (PRC) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:  Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….  Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….  Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:………………….  ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.***  **Wypisać:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | lp | Temat kursu | Termin | Odbiorca usługi | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **Pakiet III**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** | | Szkolenie z zakresu:  Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dzieci |  | 12 |  |   słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………………  Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.   1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***   1. **Parametry jakościowe: Plakaty szkoleniowe (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Plakaty szkoleniowe* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** plakatów szkoleniowych***.***   1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**   W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZ  Oświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu Zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dzieci certyfikowanych przez Polską Radę Resuscytacji (PRC) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:  Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….  Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….  Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:………………….  ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.***  **Wypisać:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | lp | Temat kursu | Termin | Odbiorca usługi | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **Pakiet IV**  **1. Łączna cena ofertowa (kryterium 1 – waga 60%):**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Przedmiot zamówienia** | **Cena netto za 1 osobę** | **Ilość osób** | **Wartość netto** | | Kurs podstawowy trenera symulacji medycznych |  | 30 |  |   słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………………  Usługa stanowiąca przedmiot niniejszego zamówienia, na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz.U. z 2016 poz. 710 z późn. zm.) korzysta ze zwolnienia od podatku od towarów i usług.   1. **Parametry jakościowe: Materiały w formie drukowanego podręcznika (Kryterium nr 2 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Materiały w formie drukowanego podręcznika* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje materiałów w formie drukowanego podręcznika .***   1. **Parametry jakościowe: Scenariusze do zajęć (Kryterium nr 3 – waga 10 %):**  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **TAK** | **NIE** | | *Scenariusze do zajęć* |  |  |     ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje*** ***scenariuszy.***   1. **Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia (Kryterium nr 4 – waga 20 %):**   W celu otrzymania punktów przyznawanych w ramach kryterium nr 4 „**doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia”,** o którym mowa w ust. 15.3 SWZ  Oświadczamy że Pan/ Pani /imię i nazwisko/ instruktora…………………………………………………………..………………. skierowany do wykonania zamówienia posiada następujące doświadczenie w przeprowadzaniu kursów z zakresu stosowania symulacji medycznej jako metody dydaktycznej, w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert:  Minimalne doświadczenie wymagane tj. przeprowadzenie 2 szkoleń: ……….  Przeprowadzenie powyżej 2 szkoleń tj. 3 do 5 szkoleń:……………….  Przeprowadzenie powyżej 5 szkoleń tj. 6 i więcej:………………….  ***- Właściwe zaznaczyć znakiem „X”***  ***Jeżeli Wykonawca nie dokona odpowiedniego skreślenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie oferuje tego parametru.***  **Wypisać:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | lp | Temat kursu | Termin | Odbiorca usługi | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **Oświadczenia:**   1. Zamówienie zostanie zrealizowane w terminach określonych w SWZ oraz we wzorze umowy; 2. W cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia; 3. Zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia oraz wzorem umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte; 4. Uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres wskazany w SWZ w ust. 11.1; 5. Akceptujemy, iż zapłata za zrealizowanie zamówienia nastąpi na zasadach opisanych we wzorze umowy, w *terminie do 30* dni od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury; 6. **Podwykonawcom** zamierzam powierzyć poniżej wymienione **części zamówienia:**   *(wypełnić o ile są znani na tym etapie)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj części zamówienia | Nazwa i adres podwykonawcy | |  |  |  | |  |  |  |  1. Oświadczam, że jestem **(niepotrzebne skreślić)**:  * mikroprzedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR) * małym przedsiębiorstwem (to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR) * 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). |
| * 1. **Zobowiązania w przypadku przyznania zamówienia:**  1. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 2. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy   jest..............................................................................................................................  e-mail: ………...……........………….…………………..……. tel: ....................................………………..; |
| * 1. **Spis treści:**   Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:   1. .......................................................................................................................................... 2. .......................................................................................................................................... 3. .......................................................................................................................................... 4. .......................................................................................................................................... 5. .......................................................................................................................................... |

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